

問診表(初診用)

ID No

診察前体温・体重 (当方で記入します)

°C

g・kg

記入日 _____年_____月_____日

最近の体重 _____ g・kg

ふりがな		性別	男	女				
お名前		生年月日	平成	年	月	日	歳	ヵ月
住所	〒	電話番号						

いつごろからどのような症状でしたか？

(当てはまる項目に○をして下さい)

発熱(最高 _____ °C) 咳 鼻水 ゼイゼイ 息が苦しい のどが痛い
症状 腹痛 下痢 吐き気 吐いた 便秘 発疹 眼が赤い 目やに 頭痛 関節痛
不機嫌(ぐずる) 母乳・ミルクの飲みが悪い 食欲がない ぐったりしている
その他 ()

今まで入院するような大きな病気をされたことはありますか？ (ある ない)

--

お生まれになった頃のことについて教えてください。

_____週 _____日	[予定日より _____日	早かった	・	遅かった	予定日通り]
ご出産施設名		出生体重			グラム
何か問題がありましたか： なかった あった ()					

これまでにかかった病気に○をして下さい。

はしか	風疹(三日はしか)	水ぼうそう	おたふくかぜ	突発性発疹(突発疹)	溶連菌感染症
ぜんそく	アレルギー性鼻炎(花粉症)	アトピー性皮膚炎	熱性けいれん(ひきつけ)	中耳炎	
その他 ()					

予防接種ですでに受けられたものに○をして下さい。

BCG	生ポリオ（1回，2回）	不活化ポリオ（1回，2回，3回，4回）
二種混合（1回）	三種混合（1回，2回，3回，4回）	四種混合（1回，2回，3回，4回）
肺炎球菌（1回，2回，3回，4回）	Hib：ヒブ（1回，2回，3回，4回）	MR：麻疹・風疹混合（1回，2回）
ロタリックス（1回，2回）	ロタテック（1回，2回，3回）	
みずぼうそう	おたふくかぜ	日本脳炎（1回，2回，3回）その他（ ）

薬や食べ物で具合が悪くなったことがありますか？（ある ない）

--

ご家族構成をお書きください。（同居されている方に○をお願いします）

父方：	祖父	祖母	母方：	祖父	祖母
父	母	兄（_____人）	姉（_____人）	弟（_____人）	妹（_____人）

ご家族の方でなにか病気にかかっている方・あるいはかかったことのある方はいらっしゃいますか（ある ない）

--

現在通院中の医療機関や服用中のお薬があれば教えてください。（ある ない）

--

差し支えなければ通園・通学先を教えてください。

--

ご協力ありがとうございました。ご記入頂いた内容は秘密を厳守いたします。

Bell-net