

・結果や病名、今後の方針についてどのように説明されていますか？

●現在内服中の薬があれば記載してください（漢方薬、市販薬、サプリメントなども含めて）。

## 問診票

・なまえ

・記載日 H

★身長

cm・体重

g・体温

°C

★自宅以外の緊急連絡先（日中連絡のつく携帯等/父・母所有なども明記してください）  
(母) (父)

※すべて分かる範囲で結構ですので、ご記入ください。

★今日はどういったことで来られましたか？（病名、症状、目的など）

●成長・発達について教えてください。

あやすと笑う

ヶ月

四つバイ

ヶ月

伝い歩き

ヶ月

首すわり

ヶ月

おすわり

ヶ月

ひとり歩き

ヶ月

ねがえり

ヶ月

つかまり立ち

ヶ月

単語

ヶ月

2語文

ヶ月

・市町村などの定期健診で何か指摘されたことはありますか？

★普段かかりつけの小児科医はありますか？

はい（ ）・いいえ

●病気・症状についてお聞きします（症状のない方は記載しなくて結構です）

・その病気・症状はいつからはじまりましたか？



・それに対して何か検査・治療を受けましたか？

はい いいえ

・（はいの方のみ記入）どこでどのような検査・治療を受けましたか？

●出生時の状況について教えてください。

出生体重

g 出生身長

cm 出生週数

週

日

出産方法⇒ 自然分娩 or 帝王切開

・帝王切開をされた方はその理由を教えてください。



・出生時、妊娠中に胎児、母親に異常はありましたか？

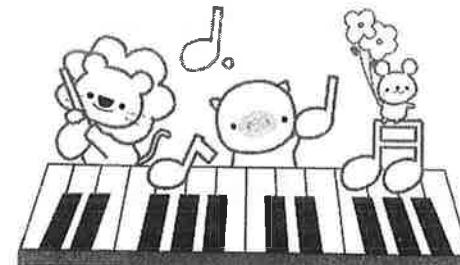
・黄疸が強くて治療した場合は詳細を教えてください。

・生まれたときのアプガースコア(apgar score)がわかれれば教えてください。

裏面にも記入をお願いします ↗

●その他のことについてお聞きします

- ・食欲はありますか?  
　　はい　　いいえ
- ・よく眠れていますか?  
　　はい　　いいえ
- ・機嫌はよいですか?  
　　はい　　いいえ
- ・便はでていますか?  
　　はい　　いいえ



★現在授乳中の方は栄養方法を教えてください（ミルクの方は回数と量もご記入ください）

母乳のみ　・　人工乳のみ　・　混合 → 一日の量 \_\_\_\_\_ ml × 回

●今までかかったことのある病気があれば○をつけて詳しく教えてください。

心臓　　腎臓　　肝臓　　脳・神経　　けいれん　　免疫不全

※病名など分かれば記入してください

・その他あれば記載してください。

・上記の病気について、何歳のときに診断され、どのような治療を受けましたか？

・入院したことはありますか?

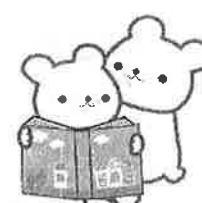
　　はい　　いいえ

・何歳の時に何の病気で入院したか、治療経過なども教えてください。

★薬や食物でアレルギー症状（発疹、皮膚が赤くなる、呼吸困難）がでたことがありますか？

　　ある　　ない

・症状、どのように対応（治療）したか、詳しく記載してください。



・原因になった薬物、食物がわかつていれば教えてください。

●予防接種歴について教えてください（□にチェックしてください）。

	接種	未接種（完了）	かかった
3種混合（DPT）	<input type="checkbox"/> ←全て終わった場合	<input type="checkbox"/> ←途中の場合	<input type="checkbox"/>
4種混合（DPT+IPV）	<input type="checkbox"/> ←全て終わった場合	<input type="checkbox"/> ←途中の場合	<input type="checkbox"/>
ポリオ	<input type="checkbox"/> ←全て終わった場合	<input type="checkbox"/> ←途中の場合	<input type="checkbox"/>
BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
麻疹風疹混合（MR）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
日本脳炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
インフルエンザ菌（Hib）	<input type="checkbox"/> ←全て終わった場合	<input type="checkbox"/> ←途中の場合	<input type="checkbox"/>
肺炎球菌	<input type="checkbox"/> ←全て終わった場合	<input type="checkbox"/> ←途中の場合	<input type="checkbox"/>
パピローマウイルス（HPV）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
水ぼうそう	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
おたふくかぜ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B型肝炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ロタウイルス	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



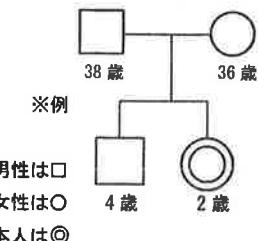
★1ヶ月以内に何か予防接種を受けましたか？（はいの方は予防接種名を記入してください）

　　はい　（　　）　いいえ

本日より3ヶ月以内に予定している予防接種はありますか？

　　はい　（　　）　いいえ

★家族構成について教えてください。

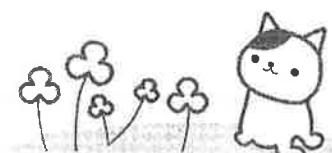


・家族、親せきの中に下記の病気の方、あるいはその他の病気があれば記載してください。

心臓　　腎臓　　肝臓　　脳・神経　　けいれん

※病名など分かれば詳しく書いてください。

・その他にあれば記載してください。



※ご記入が終わったら受付にお出しください。