

小児科予診票

フリガナ _____ 初診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
お名前 _____ 生年月日 _____
昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
現在の身長 _____ c m 体重 _____ k g ・ g 体温 _____ °C

1. 本日、来院された症状は、以下のある症状チェックをお願いします。

- 発熱 頭痛 咳 痰 鼻水 鼻づまり 咳き込んで嘔吐する
のどの痛み 喘鳴（ぜーぜーする、ヒューヒューする） 息が苦しい 便秘
下痢 嘔吐・吐き気 食欲低下 発疹 アレルギーの相談 発達の相談

2. 具体的にいつから、どのような経過だったか？お書きください。

.....
.....
.....
.....

3. 現在、何かお薬を飲んでいますか？ 市販薬を飲んでいる

他院でもらった薬を飲んでいる→

→(具体的な薬の名前・・・) _____)

4. 通園・通学先：どこの？ (_____) 保育園・幼稚園・小学校・中学校・高校

5. お子さんの兄弟は？ 兄 人、 姉 人、 弟 人、 妹 人

6. 同居している人は、母 父 祖母 祖父 兄弟 その他 (_____)

7. 妊娠中の異常はありましたか？なし・あり (病名 _____)

8. 在胎週数と出生体重は？ 在胎 _____ 週 _____ 日 / 出生体重 _____ g

9. 出生時の異常ありましたか？なしあり (仮死 黄疸 呼吸器障害 酸素投入 点滴
その他 (_____)

10. 現在の栄養・食事は？ 母乳 混合栄養 人口栄養 離乳食 1 日 _____ 回 普通食
朝食は食べない 偏食 小食 過食
アレルギー食 (具体的に _____)

11. 発達の遅れや異常を指摘されたことはありますか？ いいえ はい

→はいの方：運動の発達の遅れ 手先の不器用さ 言葉のおくれ 多動

夜尿 遺尿 社会性・コミュニケーションの問題

その他 (_____)

裏面にも記入をお願いします→

12. 今まで受けた予防接種は？
ヒブ 肺炎球菌 ロタワクチン ポリオ（生） ポリオ（不活化） BCG 4種混合
2種混合 風疹・麻疹混合ワクチン 風疹 風疹 日本脳炎 水痘 おたふく
B型肝炎 3種混合 A型肝炎 インフルエンザ 髄膜炎ワクチン
その他（ _____ ）
13. 今までかかったことがある病気は、ありますか？
麻疹（はしか） 風疹 おたふく 水痘（みずぼうそう） 百日咳 突発性発疹
溶連菌感染症 RSウイルス感染症 マイコプラズマ感染症 ヒロメタニューモウイルス
その他（ _____ ）
14. 手術は、受けたことありますか？
いいえ はい→（病名 _____ ）
15. けいれんを起こしたことはありますか？ ない ある（ _____ 才から、回数は、 _____ 回）
熱のある発作 熱のない発作 発作の時に熱はなかったが、その後発熱した。
16. 15がある方→発作やけいれんのための薬をもらっていますか？ いいえ はい
17. 薬のアレルギーはありますか？
なし ある（具体的に _____ ）
18. 食べ物のアレルギーはありますか？
ない ある（卵白 卵黄 牛乳乳製品 小麦 大豆 米 そば エビ カニ）
その他→具体的に _____ ）
19. 本人が、喘息または咳喘息と言われたことはありますか？ いいえ はい
20. 本人が、アトピー性皮膚炎やアトピー体質と言われたことはありますか？ いいえ はい
21. 本人が、アレルギー性鼻炎と言われたことはありますか？ いいえ はい
22. 本人が、アレルギー性結膜炎と言われたことはありますか？ いいえ はい
23. 本人が、じんましん体質ありますか？ いいえ はい
24. 家族にアレルギーの方は居ますか？ いいえ
はい（誰？ _____ 何のアレルギー？ _____ ）
25. その他、ご要望があれば、下記にお書きください。
アレルギー検査をして欲しい インフルエンザの検査をして欲しい
血液型を調べて欲しい（※自費になります）
その他
 具体的に.....

※ 発達相談や夜尿症の相談は 別紙がありますので、受付にお申し出ください。
 ご記入して頂き、ありがとうございます。個人情報保護法に基づき、この情報は診察のための情報として、利用させていただきますので、ご了承下さい。