

小児科予診表

初診日 年 月 日

フリガナ 生年月日

お名前 昭和・平成 年 月 日

現在の身長 c m 体重 k g ・ g 体温 ℃

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（ゼーゼーする、ヒューヒューする） ☐息が苦しい

☐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

☐他医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（ ）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（ ）

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力

☐その他（ ）

12. 今まで受けた予防接種は？
☐ 4種混合 ☐ ヒブ ☐ 肺炎球菌 ☐ ロタワクチン ☐ ポリオ（生） ☐ ポリオ（不活化）
☐ BCG ☐ DPT ☐ DT ☐ 風疹&麻疹混合ワクチン ☐ 風疹 ☐ 麻疹 ☐ 日本脳炎
☐ 水痘 ☐ おたふく ☐ B型肝炎 ☐ A型肝炎 ☐ インフルエンザ
☐ 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
☐ 溶連菌感染症 ☐ RSウイルス感染症 ☐ マイコプラズマ感染症
☐ その他（

）
14. 手術は、受けたことありますか？
☐ ない ☐ あり→（

）の手術)
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・牛乳・小麦・大豆・米・そば・エビ・カニ
アーモンド・ピーナッツ
その他→具体的に

）
19. 本人に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いますか？ ☐ 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ほしい ☐ インフルエンザ検査をしてほしい
☐ 血液型を調べてほしい（自費になります）
☐ その他
具体的に

上記の記入をしていただき、ありがとうございました。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。