

小児科・問診票 初めて受診される方用

名前 _____ 様

1) 出産前後の状況についてお答えください。

- ①在胎週数 () 週
- ②出生時体重 () g / 出生時身長 () cm
- ③妊娠中の異常 なし ・ あり ()
- ④分娩時の状態 正常分娩・帝王切開・その他 ()
- ⑤出生時の異常 なし ・ あり ()
- ⑥乳児健診での指摘 なし ・ あり ()

2) これまで受けたワクチンに○をしてください。

- ・ BCG ・ 不活化ポリオ (1・2・3・追加) ・ 生ポリオ (1・2)
- ・ 4種混合 (1・2・3・追加) ・ 3種混合 (1・2・3・追加)
- ・ ロタ (1・2・3) ・ ヒブ (1・2・3・追加) ・ 肺炎球菌 (1・2・3・追加)
- ・ MR (1期・2期) ・ 水ぼうそう ・ おたふくかぜ
- ・ 日本脳炎 (1・2・追加・2期) ・ DT ・ B型肝炎 (1・2・3)
- ・ その他 ()

3) アレルギーはありますか？

- いいえ ・ はい → 喘息 ・ アトピー性皮膚炎 ・ 鼻炎 ・ 結膜炎
- 食物アレルギー (内容:)
- 薬のアレルギー (内容:)

4) これまでかかった病気や慢性の病気があればチェックしてください。

- 麻疹 風疹 水ぼうそう おたふくかぜ てんかん
- 熱性けいれん (最終発作: 年 月 日 (歳時)・ダイアップ予防投与 (有・無))
- その他 ()

※いつも飲んでいる薬があればお書きください。

()