



初めて「ならぎ小児科」を受診される方への質問

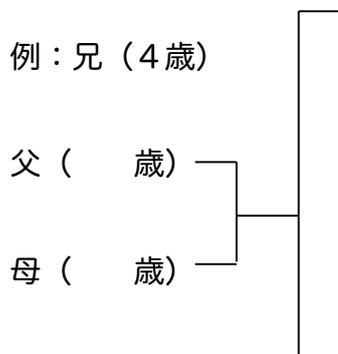
日付： 年 月 日

よみがな		性別	携帯電話	-
お子さまのお名前		女・男	(日中連絡可能)	-
生年月日	平成 年 月 日	緊急連絡先電話番号	(携帯・職場・祖父母宅・その他)	
住所	〒 マンション・アパート名			
帰省中の方のみ ご記入ください	帰省先の電話番号： 帰省先の住所：			
所属する幼稚園・保育園・学校名				
1. 妊娠中に何か異常がありましたか？ ①異常なし ②異常あり ()				
2. お産に何か異常がありましたか？ ※早産のかたの予定日 ①異常なし ②異常あり () 年 月 日				
3. 生まれた時の体重は？ グラム 生まれた時の週数は？ 週				
4. 生まれた時にすぐ泣きましたか（仮死状態がありませんでしたか）？ ①すぐ泣いた ②泣くまでに 分くらいかかった				
5. 産婦人科を退院するまでに、黄だん・呼吸障害など何か問題がありましたか？ ①問題なし ②問題あり ()				
6. 発達は順調だと思いますか？ ①順調 ②心配あり ()				
7. 今までに何か大きな病気（例；入院や手術をした）をしたことがありますか？ ①ない ②ある ()				
8. 現在何か、ほかの病院にずっとかかっているような慢性の病気がありますか？ ①ない ②ある () どこにかかっていますか？ (病院 先生)				
9. 現在使っているお薬が何かありますか？ ①ない ②ある ()				
10. 次の病気のうち、すでにかかったものに○をつけてください。 ①はしか（麻疹） ②風疹 ③おたふくかぜ ④水ぼうそう ⑤突発性発疹				

11. 次の予防接種のうち、すでに終わったものに○をつけ、何回目かもご記入ください。

- ①BCG ②生ポリオ（ /2回） ③不活化ポリオ（ /4回）
④3種混合（ /4回） ⑤4種混合（ /4回） ⑥麻疹・風疹混合1期
⑦麻疹・風疹混合2期 ⑧（単独）麻疹・風疹
⑨日本脳炎（ /4回） ⑩2種混合 ⑪おたふくかぜ（ /2回）
⑫水ぼうそう（ /2回） ⑬ヒブ（ /4回） ⑭肺炎球菌（ /4回）
⑮B型肝炎（ /3回） ⑯ロタ（ /2・3回） ⑰その他（ ）

12. 家族構成をお書き下さい。兄弟姉妹は上から順番に性別と年齢を書いて下さい。



13. これまでに診断されたことのある病気に○をつけてください。

- ①喘息（継続して治療中・悪化時のみ治療） ②アトピー性皮膚炎 ③アレルギー性鼻炎
④食物アレルギー（卵、ミルク、他 ）
⑤薬疹（薬品名： ） ⑥中耳炎（1回だけ、反復、滲出性）
⑦けいれん・熱性けいれん（ 回） ← 最終 年 月 日

本診療所では、会計・経理や他の病院等との連携、診療報酬の提出等を目的として個人情報を取得しています。同意いただける場合には、下記の□に✓（チェック）の記入をお願いいたします。

個人情報の扱いに同意する