

初めて「ならぎき小児科」を受診される方への質問



日付： 年 月 日

よみがな		性別	電話番号	—	—
お名前		女・男	携帯電話 (連絡可能)		○で囲む 母・父
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。 例：兄（4歳） 父（ 歳） 母（ 歳）			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 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		