

日付印

小 整 眼 耳 ( )

医師名

※センター側で記載

※ 差し支えない部分のみご記入いただければ結構です。

小児保健医療センター

# 問 診 票

患児氏名 \_\_\_\_\_ (男・女) 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

記入者名 \_\_\_\_\_ (続柄 ) (満 歳 ヶ月)

出生時の体重 \_\_\_\_\_ g 出生週数在胎 \_\_\_\_\_ 週 日

I 1. いつごろから、どこが、どう悪いですか。どのような内容について相談したいですか。

[ ]

2. 当センターの受診は初めてですか。 ア. はい イ. いいえ (過去の受診科: \_\_\_\_\_ 科)

3-1. 今回の受診に紹介者はありますか。 ア. はい (紹介者: \_\_\_\_\_ ) イ. いいえ

3-2. 3-1で「はい」と答えられた方で、紹介者からどんな説明を受けておられますか。

[ ]

II 1. 現在、他の病院、診療所、医院にかかっていますか。

ア. かかっている [ いつから: \_\_\_\_\_ 年 月 日  
医療機関: \_\_\_\_\_ 病 名: \_\_\_\_\_ ]

イ. かかっていない

2. 以下の予防接種を受けたり、病気にかかったりしたことがありますか。わかれば回数や年齢もお書き下さい。

	四種混合	三種混合	BCG	ポリオ	はしか	風疹	水ぼうそう	おたふくかぜ
予防接種	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	回	回	歳	回	歳	歳	回	歳
罹 患	/	/	/	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
				歳	歳	歳	歳	歳

3. アレルギーや過去にかかった病気があればお書き下さい。

・アレルギー

・過去にかかった病気

[ 薬 物  
食 物  
その他 ] [ ]

4. 今までに手術を受けられたことがありますか。

ア. ある [ いつごろ: \_\_\_\_\_ 年 月 日頃  
医療機関: \_\_\_\_\_ 手術名(病名): \_\_\_\_\_ ]

イ. ない

Ⅲ 患者さまの父母、祖父母、叔父叔母および兄弟姉妹の中に以下の病気の方がおられる場合は、記号を○印でかこみ、続柄をご記入下さい。

- |              |                |                |
|--------------|----------------|----------------|
| ア. 癌 ( )     | イ. 結核 ( )      | ウ. 心臓病 ( )     |
| エ. 高血圧 ( )   | オ. 糖尿病 ( )     | カ. 喘息 ( )      |
| キ. 神経系疾患 ( ) | ク. 血液疾患 ( )    | ケ. アレルギー疾患 ( ) |
| コ. 先天性奇形 ( ) | サ. 熱性けいれん ( )  | シ. てんかん ( )    |
| ス. 脳性麻痺 ( )  | セ. 運動発達の遅れ ( ) | ソ. 知的障害 ( )    |
| タ. 難聴 ( )    |                |                |

Ⅳ 患者さまの妊娠中から現在までの状況についてお伺いします。

- 妊娠中に異常はありましたか。      ア. はい ( )      イ. いいえ
- 分娩時に異常はありましたか。      ア. はい (骨盤位・帝王切開・仮死)      イ. いいえ
- 新生児期に異常はありましたか。      ア. はい ( )      イ. いいえ
- 今までのお子さんの発達の様子についてお聞きします。( )内にできるようになった月齢を記入してください。

- |              |        |       |   |     |
|--------------|--------|-------|---|-----|
| 首がすわっていますか   | はい ( ) | カ月頃から | ・ | いいえ |
| 寝返りができますか    | はい ( ) | カ月頃から | ・ | いいえ |
| おすわりができますか   | はい ( ) | カ月頃から | ・ | いいえ |
| はいはいができますか   | はい ( ) | カ月頃から | ・ | いいえ |
| つたいあるきができますか | はい ( ) | カ月頃から | ・ | いいえ |
| しっかり歩けますか    | はい ( ) | カ月頃から | ・ | いいえ |
| 走れますか        | はい ( ) | オ 頃から | ・ | いいえ |
| ケンケンができますか   | はい ( ) | オ 頃から | ・ | いいえ |

5. 現在の状況についてお答え下さい。

- |            |        |        |
|------------|--------|--------|
| (1) 食欲の状況  | ア. 良 い | イ. 悪 い |
| (2) 睡眠のリズム | ア. 良 い | イ. 悪 い |

(3) 排泄（おしっこやうんこ）の状況

- |                     |                  |             |
|---------------------|------------------|-------------|
| 1. ひとりでできる          | 2. トレーニング中       | 3. おむつをしている |
| 回数： _____回 / _____日 | 性 状：（硬い・普通・軟らかい） |             |

Ⅴ ご家族（同居者）の状況について下表にご記入下さい。（主に世話をしている人の備考欄には○印をご記入下さい）

続柄	年齢	職 業	備 考	続柄	年齢	職 業	備 考
父		有・無				有・無	
母		有・無				有・無	
		有・無				有・無	
		有・無				有・無	