

小児科 予診カード

○これは診察の際、参考にさせて頂くものです。以下の質問にできるだけ正しくお答えください。

氏名 _____ 男・女 _____ 年齢 _____ 才 _____ ヶ月 _____

自宅以外の連絡先 TEL _____

1.	<p>どうしましたか？ いつごろより、どのようになってきましたか？ (_____)</p> <p>治療しましたか？ 前の病院では何といわれましたか？ (はい・いいえ / _____)</p>
2.	<p>ご家族について</p> <p>ご両親の職業 (父 / _____ 母 / _____) 主にお子さんをみている人 (_____)</p> <p>父 歳 健康 ・ 病気 (_____) 母 歳 健康 ・ 病気 (_____)</p> <p>ご兄弟 第一子 歳 男 ・ 女 健康 ・ 病気 (_____)</p> <p>第二子 歳 男 ・ 女 健康 ・ 病気 (_____)</p> <p>第三子 歳 男 ・ 女 健康 ・ 病気 (_____)</p> <p>第四子 歳 男 ・ 女 健康 ・ 病気 (_____)</p> <p>第五子 歳 男 ・ 女 健康 ・ 病気 (_____)</p> <p>親類の健康状態 ※アレルギー体質 (ぜんそく、アトピー性皮膚炎、薬物過敏など)、結核、腎臓病、血液病、肝臓病、てんかん、ひきつけ、心臓病、糖尿病等あれば書いてください。 (_____ / _____) (_____ / _____)</p> <p>血族結婚はありますか _____ 有 ・ 無</p>
3.	<p>出産前後の状態について</p> <p>妊娠中の異常 ※中毒症、貧血、切迫流産、蛋白尿など (_____)</p> <p>在胎 週、出生体重 _____ g、生まれた場所 _____ 産婦人科、病院</p>
4.	<p>分娩時の異常について (有・無 / 仮死、羊水混濁、吸引分娩、鉗子分娩、帝王切開)</p>
5.	<p>生まれた後の異常について (有・無 / 黄だん、発熱、哺乳力不良、けいれん、その他)</p>
6.	<p>今までにかかった病気 (かかったものに○をつけてください)</p> <p>突発性発疹、はしか、水痘、おたふくかぜ、風しん、溶連菌感染症、気管支炎、肺炎、けいれん アレルギー疾患 (喘息、アトピー性皮膚炎、アレルギー性鼻炎、じんま疹、その他 _____)</p> <p>手術 (_____)、けが/事故 (_____)、その他 (_____)</p> <p>合わない薬 有・無 (_____)</p>
7.	<p>予防接種について (接種したものに○をつけてください)</p> <p>B C G、ポリオ (小児マヒ)、四種混合 (ジフテリア・百日咳・破傷風・ポリオ) 三種混合 (ジフテリア・百日咳・破傷風)、二種混合 (ジフテリア・破傷風)、 麻疹・風疹混合ワクチン、麻疹 (はしか)、風しん、日本脳炎、ヒブワクチン、小児用肺炎球菌ワクチン、 おたふくかぜ、水痘、インフルエンザ、子宮頸がん予防ワクチン、ロタウィルスワクチン、B型肝炎ワクチン、 その他 (_____)</p>
8.	<p>栄養法 母親・人工栄養・混合、離乳食 (_____)</p>
9.	<p>発達</p> <p>ほほえみ _____ ヶ月、首のすわり _____ ヶ月、おすわり _____ ヶ月、はいはい _____ ヶ月、一人歩き _____ ヶ月 ことば _____ ヶ月、音に対する反応 有・無</p>

当院では患者さまの個人情報の保護に全力で取り組んでいます。
 患者さまの個人情報の利用目的については院内掲示またはホームページをご覧ください。

ご協力ありがとうございました。