

【 問 診 票 】

(個人情報厳守いたします。不明点、該当しない場合は記入はおりません。)

しんさつを受ける際、参考にいたします。わかる範囲でご記入または☑お願いいたします。

ひらがな() TEL:() 体重()kg)

お名前: 記入時:(歳 ヲ月) (令和 年 月)

- 【1】** 妊娠中、生まれるとき問題はありませんでしたか？本人は第()児です。
正常出産 妊娠中に入院した(切迫出産、中毒症など) 出産時(感染症、異常出産など)
- 【2】** 出生時の体重()g すぐ泣いた すぐ泣かなかった。退院までの要した日数()日
- 【3】** 黄だんの強さ 普通 強い
- 【4】** 栄養方法: 母乳 混合 人工 で()ヵ月まで育てた。
- 【5】** これまでの発達はいかがですか？ 正常 問題ありました(言葉がおくれた 体重が増えない
友達とよく遊べない じっとしていない よく動き回る いつもしかられる)など。
・健診などで問題はありましたか？ ない ある
- 【6】** これまでになにか病名は言われておりませんか？あるいは入院したことがありますか？ ない
ぜんそく 細気管支炎(RS ウイルス感染) じんましん 薬アレルギー() クループ、
スギ花粉 アレルギー性鼻炎 アトピー性皮膚炎 かんそうはだ 食事アレルギー(卵、ミルク、ピーナッツ、大豆、そばなど、ほかになにかありますか？) アナフィラキシー
急性中耳炎(両耳 左 右: 回)、家族で中耳炎になっていた方がいますか？(兄弟
両親:子供のころ) 滲出性中耳炎(聞こえが悪い、返事をしにくい、テレビの音を高くする)
黄色い鼻水がなかなか止まらない(副鼻腔炎) 尿路感染 自家中毒症(よく吐きやすい)いびき
川崎病 腎臓病 心臓病 肺炎 溶連菌感染(回) マイコプラズマ肺炎
- 【7】** 家族の方で、ぜんそく、花粉症、鼻アレルギー、などの方がおられますか？
いない いる(父 母 兄弟など)
- 【8】** 家族の方で、頭痛(片頭痛)めまい、耳鳴り、慢性副鼻腔炎(蓄膿症)、アトピー性皮膚炎の方はおられますか？いない いる(父 母 兄弟など)
- 【9】** ひきつけまたは熱性けいれんはありませんか？ない ある
家族の方で熱性けいれんをした方()
- 【10】** これまでにかかった病気はありますか？
突発性発疹 はしか(麻疹) 風疹(三日はしか) おたふく みずぼうそう 百日せき
溶連菌 りんご病 アデノウイルス感染 RSウイルス感染 帯状ほうしん 尿路感染、
(その他)
- 【11】** これまでの受けた予防接種を教えてください。(多く大変ですが不明な点は声をかけてください)
生ポリオ 不活化ポリオ(IPV) B型肝炎 BCG 3種混合(DPT) 4種混合(DPT-IPV)
MR(はしか風疹) みずぼうそう 日本脳炎 ロタウイルス おたふくかぜ インフルエンザ
Hib(ヒブ) 肺炎球菌ワクチン 子宮頸がん
- 【12】** お子さまの発達、成長、予防接種、園、学校での生活などでご心配なことはありませんか？
ない ある

これまでの薬のアレルギー ない ある()

クスリの服用は？ うまくのめる 嫌がる

誠にありがとうございます。

はるやま小児科アレルギー科