

# 子ども問診票

フリガナ :

平成 年 月 日

お名前 : \_\_\_\_\_

生年月日 : 平成 年 月 日 (満 歳)

電話番号 : \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_ 携帯 : \_\_\_\_\_

ご住所 : 〒 \_\_\_\_\_

・身長 cm      ・体重 kg      ・体温 °C

・今日はどうされましたか (主訴) :

**【予防接種歴】**

- ・BCG      ・水ぼうそう      ・ムンプス (流行性耳下腺炎)      ・ジフテリア 破傷風 (DT)
- ・ポリオ (      回)      ・ジフテリア 百日咳 破傷風 (DPT) (      回)      ・日本脳炎 (      回)
- ・MR<麻しん・風しん> ( 1期      ・ 2期      ・ 3期      ・ 4期 )

**【発育歴】** 在胎 週 日 出生時体重 g

**【分娩】** 頭位 骨盤位 吸引 鉗子 帝王切開

**【発達歴】**

定顎      ヶ月      坐位      ヶ月      つかまり立ち      ヶ月      自立歩行      ヶ月  
 (3 ヶ月)      (6 ヶ月)      (9 ヶ月)      (12 ヶ月)

**【既往歴】** 仮死 なし・あり      新生児黄疸 なし・あり

流行性疾患 疾患名 [麻疹、水痘、流行性耳下腺炎、風疹、突発性発疹、リンゴ病など]

その他 ( )

繰り返す病気 手術・入院 なし・あり (病気: )

アレルギー 食物 → ( )

薬物 → ( )

結核 : なし・あり      アレルギー性疾患 : なし・あり (喘息、蕁麻疹、湿疹、鼻炎)

色盲 : なし・あり      熱性けいれん : なし・あり      腎疾患 : なし・あり

心疾患 : なし・あり      甲状腺疾患 : なし・あり      肝疾患 : なし・あり

血友病 : なし・あり      けいれん : なし・あり      糖尿病 : なし・あり

その他の遺伝性疾患 : なし・あり

( )

**【家族病歴】** [ ] 血族結婚

( )

ありがとうございました。