

小児科予診票（中学生以下）

ふりがな お名前	男 女	生年月日	20 年 月 日（ 歳）
記載者	（続柄）	記載日	20 年 月 日

★診察を希望される方へ★

現在、以下の病気にかかっている、またはそう思われる場合は○をつけて受付か電話（0568-81-2620）でお知らせください

はしか・風しん・水ぼうそう・おたふくかぜ・手足口病・プール熱・結核・百日ぜき  
インフルエンザ・RS ウイルス感染症・新型コロナ・発疹ができた

薬や食べ物のアレルギーはありますか？      いいえ      はい      ※必ずご記入ください  
原因と症状→（前回受診時と同じです /      ）

現在、他の医療機関に通院していますか？      いいえ      はい  
医療機関名（      ）受診日（      ）治療内容（      ）

現在、服用中の薬やサプリはありますか？      いいえ      はい      ※必ずご記入ください  
お薬手帳があります /      ありません→薬剤名（      ）処方日（      ）

処方はどちらを希望されますか？      院内処方      院外処方      ※ご希望に添えない場合があります

現在、妊娠中または授乳中ですか？      いいえ      はい（      ）

最後に食事をしたのはいつですか？      本日      昨日      （ 午前・午後      ）時ごろ

本日の体温：      度      分      （      時      分ごろ）	体重：      kg
--	-------------

今日はいかがされましたか？ ○をつけてください

前回の続き   定期受診   お薬継続   検査結果を聞きに来た   診断書   健康診断   乳児検診   予防接種  
発熱   せき   鼻汁   のどが痛い   呼吸困難   不機嫌   頭痛   おう吐   下痢   腹痛   便秘   発疹  
めまい   しびれ   けいれん   ぜん息   花粉症   アレルギー   健診で再検査が必要と言われた  
その他（      ）

その症状はいつからありますか？   どのような経過ですか？   なるべく詳しくお書きください

## 問診票（できるだけ詳しくお書きください）

<p><b>【妊娠中のことについて】</b>                  この子の妊娠の前に流産・早産はありましたか                  なし あり：流産（ ）回 早産（ ）回                  この子の妊娠中に異常はありましたか                  なし あり：高血圧 貧血 その他（ ）</p> <p><b>【出生時、新生児期のことについて】</b>                  出生は予定日と比べて                  予定通り・早かった（ ）日・遅かった（ ）日                  出生週数 在胎（ ）週（ ）日                  出生は 普通・その他（ ）                  出生時体重（ ）kg                  黄疸は なし あり（治療内容）（ ）                  その他に異常があれば（ ）</p> <p><b>【発達について】</b>                  離乳食開始（ ）か月                  首がすわったのは（ ）か月                  お座りは（ ）か月                  つかまり立ちは（ ）か月                  歩きはじめたのは（ ）か月                  有意語（ ）か月</p> <p><b>【家族歴について】</b>                  父（ ）歳 健康（ ）                  母（ ）歳 健康（ ）                  兄弟（ ）歳 健康（ ）                  兄弟（ ）歳 健康（ ）                  その他</p> <p>家族や血のつながった親戚の人で次の病気にかかったことがありますか                  ない 心疾患 けいれん 結核 先天疾患 がん（ ）                  喘息 薬疹 アレルギー（ ）                  その他（ ）</p>	<p><b>【予防接種について】</b>                  今までにすませた予防接種に○をつけてください                  BCG                  B型肝炎（1回目 2回目 3回目）                  ロタ（1回目 2回目 3回目）                  3種混合（1回目 2回目 3回目 追加）                  4種混合（1回目 2回目 3回目 追加）                  5種混合（1回目 2回目 3回目 追加）                  麻しん風しん（第1期 第2期）                  水ぼうそう（1回目 2回目）                  日本脳炎（1回目 2回目 3回目 第2期）                  子宮頸がん（1回目 2回目 3回目）                  肺炎球菌（1回目 2回目 3回目 追加）                  ヒブ（1回目 2回目 3回目 追加）                  おたふくかぜ 不活化ポリオ 麻しん 風しん                  2種混合（DT）                  新型コロナ（今年）（ ）回                  インフルエンザ（今年）（ ）回                  その他</p> <p><b>【今までかかった病気について】</b>                  次のうちすでにかかった病気に○をつけてください                  みずぼうそう おたふくかぜ                  糖尿病 心疾患 肝臓病 腎臓病 喘息 肺炎 がん                  精神疾患 胃腸の病気                  その他大きな病気（ ）                  入院したり手術を受けたことがあればお書き下さい                  病名（ ）時期（ ）治療内容（ ）</p>
---	--

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。  
 正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。  
 医療情報・システム基盤整備体制充実加算（初診時）加算1 4点 加算2 2点（マイナ保険証を利用した場合）  
**マイナ保険証による診療情報取得に同意されますか？ はい いいえ ※必ずご記入ください**

当院をどのようにお知りになりましたか？さしつかえなければ教えてください

- 家族や知人の紹介 インターネット（Google 病院情報サイト その他）（ ）
- 通りがかり 看板 広告（ ） 他院からの紹介（ ）（ ）
- その他（ ）（ ）

その他伝えておきたいことがあればご記入ください