

# 若葉台クリニック 小児科 問診票

生年月日 昭和、平成、令和 年 月 日生

ナマエ (長男、次男、三男)  
名前 (長女、次女、三女) 満 歳 ヶ月

現住所 〒 固定電話 - -  
マンション名 号室 携帯電話 - -

帰省中の方は 実家名前 電話 - -  
実家住所

通っているのは? ( )保育園、( )幼稚園、( )小中高学校  
昼間の育児は? 母親、父親、祖母、祖父、( )託児所、 保育園  
家族構成は? 父、母、兄弟( )名、姉妹( )名、祖父、祖母、その他

- 1) 今日の診察の目的は? (○印を付けて下さい)  
発熱、咳、鼻水、発疹、湿疹、頭痛、腹痛、下痢、嘔吐、便秘、食欲不振、発育遅延、呼吸が荒い、喘鳴、喘息発作、けいれん(有熱、無熱)、健診、予防接種、その他( )  
いつからですか?  
すでにどこかで診察を受けていますか? (病名 病医院)
- 2) 今までの主治医の先生は? (病医院名 、 先生)
- 3) 平常時の栄養、便秘、睡眠、アレルギーについて  
乳幼児の時の栄養は?(母乳、混合栄養、人工栄養(ミルク)、特殊栄養( ))  
離乳食は ( )ヶ月より開始し、( )ヶ月で終了  
食欲は 旺盛、普通、不良、ムラあり、 1日 回、(1回 ml)  
便は (黄、緑、茶、灰色)、(水様、普通 硬)、回数( )回/日・週  
睡眠 ( )時間、(良好、不良)、昼寝( )時間、夜泣き、夜尿  
食物アレルギー(無し、有り(卵、牛乳、ピーナッツ、その他 ))  
薬物アレルギー(無し、有り(抗菌剤、風邪薬、その他 ))
- 4) 今までに罹った大きな病気・入院・手術について  
はしか、風疹、水ぼうそう、おたふくかぜ、百日咳、川崎病、溶連菌感染症、紫斑病、喘息、アトピー性皮膚炎、突発疹、手足口病、ヘルパンギーナ、新型コロナ、その他  
入院 (なし、あり(病名 、 歳 病院))  
手術 (なし、あり(病名 、 歳 病院))
- 5) 予防接種について (母子健康手帳を参照して記入して下さい)  
3・4・5種混合( )回、2種混合、B型肝炎( )回、ヒブ・肺炎球菌( )回  
ポリオ(生、不活 )回、麻疹・風疹(MR)( )回、水痘( )回  
ロタ( )回、おたふく( )回、BCG 1回( )、A型肝炎( )回  
日本脳炎( )回、インフルエンザ(毎年、 )回、髄膜炎( )回  
HPV(サ-ハリックス、ガー-ダシル4、シルガード9 回)、その他( )
- 6) こ子さんお妊娠・分娩について  
妊娠中の異常 (なし、切迫流早産、妊娠高血圧症候群、胎盤早期剥離、 )  
分娩時の異常(なし、吸引、鉗子、無痛、帝王切開、弛緩性出血、頸管裂傷、 )  
直ぐ泣きましたか? (すぐ、やや遅れた、新生児仮死(マスク、挿管、NICUへ ) )  
出生時体重( g) 身長( cm) 聴覚検査(未施行、異常なし、精査)  
黄疸は? (軽度、普通、重症(光線療法、交換輸血))  
分娩施設 ( 県 市 区 病医院)  
分娩後に小児科(NICU)へ転送されましたか? (なし、 病院)

※なるべく詳しくご記入の上、受付へ提出して下さい※