

# 問診票

年齢 才 ヶ月

ふりがな		体重	現在の体温
お子様のお名前	男・女	k g	℃
携帯番号	-	-	電話番号

## 1. 症状をチェックしてください

- 発熱 (いつから) 月 日 時 最高         ℃  
(いつまで) 月 日
- 嘔吐 月 日 ~ 回
- 下痢 月 日 ~ 1日 回
- 咳 月 日 ~
- 鼻水 月 日 ~
- 発疹 月 日 ~
- その他 (症状や相談したい事を記入してください)

## 2. 今まで飲んでいた薬

- ない
- ある (当院)  ある (他院) 薬剤名 ( )

◎初診の方へ：当院を初めて受診される方は以下の質問にもお答え下さい。

1. 出産医院はG&Oレディスクリニックですか？  はい  いいえ
2. 出生時の状況について
- ① お母さんの妊娠中の異常はありましたか？  
 ない  ある→ ( )
- ② 出生体重 ( ) g ③ 在胎週数 ( ) 週 ( ) 日
- ④ 出生時の状態はどうでしたか？  
 正常  さかご  双子  帝王切開  吸引分娩
- ⑤ 出生時の異常はありましたか？  
 ない  ある→ ( )
3. かったことがある病気をチェックしてください。
- 麻疹 (はしか)  風疹  水ぼうそう  おたふくかぜ  百日咳  
 溶連菌感染症  川崎病  喘息  熱性けいれん  けいれん (熱なし)  
 てんかん  心臓病  肝炎  腎炎  
 その他 ( )
4. 今までに入院したり手術を受けたことがありますか？  
 ない  ある→ ( )
5. これまでに受けたことがあるワクチンをチェックしてください。
- BCG  ポリオ  三種混合  四種混合  二種混合  
 MR (麻疹・風疹)  タウシルス  水ぼうそう  おたふくかぜ  
 ヒブワクチン  肺炎球菌ワクチン  B型肝炎  
 その他 ( )