本千葉小児科予診票（問診・診察の参考にします。予めご記入下さい 2023/6 月 rv）

初めて本院にかかる方は住所から

住所：〒＿＿＿＿＿＿

電話（自宅）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿携帯＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ふりがな＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名　　年齢　　歳(月) 生年月日（西暦　　年　月　日）

(来院時計測)体温　　℃　身長　　cm 体重　　kg

本日病院にこられた理由・症状を簡潔にご記入ください

いつごろから始まったかご記入下さい

既往歴(いままでの事)についてお聞きします

出生体重　　g 出生身長　　cm 週数　　週　　日、頭囲　　胸囲　　妊娠喫煙

妊娠・出生時・新生児期に問題があれば以下にご記入下さい

骨盤位　　帝切　　仮死　　黄疸の遷延　　新生児スクリーニング再検

新生児乳児期の栄養(〇)：母乳（生後　　月まで、継続中）・混合・人工

歩行開始時期　　月（まだない）

予防接種について(受けたものに〇を付けて下さい)

B 型肝炎(1,2,3)、ロタ(1,2,3)、4（3）種混合(1,2,3,追加)、Hib(1,2,3,4)、肺炎球菌（1,2,3,4）、BCG、MR(麻疹風疹)(1,2)、水痘(1,2)、おたふく（1,2）、日本脳炎(1,2,3,追加)、2 種、HPV(子宮頚癌)(1,2,3) 生ﾎﾟﾘｵ(1,2)、不活化ポリオ(1,2,3,4)、 その他（　　）

今までにかかった病気（〇を付けて下さい）

熱性痙攣、水痘、麻疹（はしか）、おたふく風邪、突発疹、川崎病

その他の大病：

食事ｱﾚﾙｷﾞｰ：症状　　食べられない食物　　薬物ｱﾚﾙｷﾞｰ：

1 歳未満の方：音が聞こえてないのではないかと不安はありますか（〇）。はい　　いいえ

家族についてお聞きします

同居者をお書きください：

内喫煙者（関係　　：　　本数）ペット（　　）無し

以下の病気の方はおられますか（〇を付けて下さい:本人の両親・兄弟・祖父母・叔父・叔母・いとこまで）

気管支喘息、　喘息以外のｱﾚﾙｷﾞｰ、痙攣、　甲状腺、糖尿病、その他の家族性の病気

その他お聞きになりたいことがあれば以下にご記入下さい。