

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 2016/7/11rv)

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 () : 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 _____ 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)、生ポリオ(1,2)、
不活化ポリオ(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(ヒト乳頭腫)(1,2,3) その他 (_____)

今までにかかった病気 (_____ 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： _____

食事アレルギー：症状 _____ 食べられない食物 _____ 薬物アレルギー： _____

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 () 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(_____ 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、喘息以外のアレルギー、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。