

お名前 [] 年齢 [] 歳 [] ヶ月
 お答えいただく方 [] (例えば母、父方祖母など)

1 今日どのようなことで受診されましたか。

- ① 次のような症状がある。(○をつけてください。いくつでもかまいません。)
 発熱、咳、ゼーゼー、鼻水、鼻閉、咽頭痛、頭痛、嘔吐、下痢、腹痛、発疹、湿疹、蕁麻疹アトピー性皮膚炎、気管支喘息、アレルギー性鼻炎、その他 ()
 ② 健診 ③ 予防接種 ④ その他 ()

2 今までにお子さまが入院されたことや心臓病などの疾患がありますか。

病名 () 何歳頃ですか () 歳 病院名 ()
 病名 () 何歳頃ですか () 歳 病院名 ()

3 今までにけいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。

- ① ある。その時お熱はありましたか(ある・ない)。
 最初のけいれんは何歳の頃でしたか () 歳。今までに何回ありましたか () 回。
 ② ない。

4 今までに下記の流行疾患にかかりましたか。

RSウイルス、麻疹(はしか)、風疹、水痘(みずぼうそう)、流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)
 突発性発疹、溶連菌感染症 () 回、百日咳、その他 ()

5 下記の予防接種は済みましたか。済んでいるものを○で囲んでください。

- ① Hib : 1回・2回・3回・4回(追加) ② 肺炎球菌 : 1回・2回・3回・4回(追加)
 ③ ロタウイルス : 1回・2回・(3回) ④ B型肝炎 : 1回・2回・3回
 ⑤ DPT-IPV(四種混合) : 1回・2回・3回・4回(追加) II期 ⑥ BCG
 ⑦ 経口ポリオ : 1回・2回 ⑧ 不活化ポリオ : 1回・2回・3回・4回(追加)
 ⑨ 麻疹・風疹混合 : I期・II期 ⑩ 麻疹のみ ⑪ 風疹のみ ⑫ 水痘
 ⑬ 日本脳炎 : I期1回・2回・I期追加・II期 ⑭ 子宮頸ガン : 1回・2回・3回
 ⑮ その他 ()

6 アトピー性皮膚炎、気管支喘息、蕁麻疹、アレルギー鼻炎などの疾患がありますか。

- ① ある。どんな () いつ頃からですか ()
 ② ない。 ③ まだ分からない。

7 今までにくすりや食物などで発疹や蕁麻疹などがでたことがありますか。

- ① ある。どんな薬を服用していましたか。()
 何を食べてみましたか。()
 ② ない。 ③ まだ分からない。

8 生まれた時のことについてお聞きします。

- (1) ① 出生時体重は () g ② 在胎週数は () 週くらい
 (2) 何か異常がありましたか。
 ① あった。どのような異常ですか。()
 ② なかった。

9 ご家族のことについてお聞きします。

- (1) 昼間はどなたがお子さまを主にみていますか(複数可)。
 ① お母様 ② お父様 ③ ご祖父母 ④ 保育園・所 () ⑤ 幼稚園 ()
 ⑥ 小学校 () ⑦ 中学校 () ⑧ その他 ()

(2) 何人ご兄弟姉妹ですか。右図に年齢順にお書きください。

(3) ご家族の方にアレルギー性疾患(アトピー、喘息、鼻炎など)の方がおられますか。

- ① どなたで、どんな ()、
 ② どなたで、どんな ()、

10 あんどう小児科医院をどのようにしてお知りになりましたか。

- ① 病院の前を通過して ② 兄弟がかかっていたから
 ③ 近所の人に聞いて ④ ホームページを見て
 ⑤ 病院の紹介 () ⑥ その他 ()

父	母		
□ (<input type="text"/>)	○ (<input type="text"/>)		
┌──────────┐			
│			
└──────────┘			
(<input type="text"/>)	(<input type="text"/>)	(<input type="text"/>)	(<input type="text"/>)
□ : 男のお子さま ○ : 女のお子さま ■ (又は●) : 本日受診されているお子様は、 () : 年齢をご記入ください。			

11 お尋ねしたいことはありませんか

[]

あんどろ小児科医院
ご協力有り難うございました。