

[外科系 問診票]

お子様の氏名 _____ 平成・令和 年 月 日生 (歳 カ月) 男・女
記載者の氏名 _____ 続柄 (_____) 記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
今回受診された理由を簡単に教えて下さい (それはいつ頃からですか)

このことで現在までに通院した医療機関はありますか
ない ある → 具体的な病院名を教えてください

今までに受けた検査があれば教えてください
MRI CT エコー その他 → 具体的に教えてください

出生時のこと、発達についてお聞きします (母子手帳を参考にして下さい)
出生 (_____ クリニック・病院) (正常分娩 吸引分娩 鉗子分娩 帝王切開)
在胎 _____ 週 出生時体重 _____ g 身長 _____ cm 頭位 _____ cm
仮死 ない ある → その程度：
首がすわる (_____ ヶ月) 寝返りができる (_____ ヶ月) お座りができる (_____ ヶ月)
ハイハイができる (_____ ヶ月) つかまり立ちができる (_____ ヶ月) 一人歩き (_____ ヶ月)

今まで受けた予防接種を教えてください
三種混合 (1, 2, 3, 追加, 2期) ポリオ (1, 2, 3, 追加)
麻疹風疹 (1期, 2期) 四種混合 (1, 2, 3, 追加)
肺炎球菌 (1, 2, 3, 追加) ヒブ (1, 2, 3, 追加)
日本脳炎 (1, 2, 追加 2期) 流行性耳下腺炎 (おたふく)
水痘 (みずぼうそう) BCG その他 (_____)

喘息の既往はありますか ない ある

薬や食物、ラテックス等のアレルギーはありますか
ない ある → 具体的に教えてください。

現在リハビリを受けている方は、その医療機関を教えてください

お子様のご家族についてお伺いします (家系図)
祖父 (_____ 歳) } (例：兄：○年○月○日生)
祖母 (_____ 歳) } 父 (_____ 年 _____ 月 _____ 日生 _____ 歳) } < : _____ 年 _____ 月 _____ 日生 >
職業： } < : _____ 年 _____ 月 _____ 日生 >
祖父 (_____ 歳) } 母 (_____ 年 _____ 月 _____ 日生 _____ 歳) } < 本人 : _____ 年 _____ 月 _____ 日生 >
祖母 (_____ 歳) } 職業： } < : _____ 年 _____ 月 _____ 日生 >

* そのほかに医師、看護師に伝えたい事があればご記入ください