



年 月 日

## 小児科外来受診の方へ

(※ご記入後、小児科外来の前でお待ち下さい)

フリ ガナ

氏 名

診察券番号

緊急連絡先

男 / 女

年齢

歳

ヶ月 / 身長

c m

/ 体重

k g

## ■本日はどのようなことでいらっしゃいましたか？

- 発熱 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日より \_\_\_\_\_℃      咳 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日より  
鼻水 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日より      発疹 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日より  
下痢 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日より \_\_\_\_\_回      嘔吐 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日より \_\_\_\_\_回  
腹痛      頭痛  
その他の症状および心配なことなど

## ■今までかかった病気のことなどをお知らせ下さい。

- はしか    水ぼうそう    おたふくかぜ    風疹    ぜんそく    熱性けいれん  
その他 \_\_\_\_\_

- 薬のアレルギーはありますか？      なし・あり ( \_\_\_\_\_ )  
 食べ物のアレルギーはありますか？      なし・あり ( \_\_\_\_\_ )

## ■次の予防接種はすんでいますか？

- はしか・風疹 (MR)    BCG    ポリオ    三種混合あるいは四種混合    おたふくかぜ  
水ぼうそう    肺炎球菌 (プレバナー)    インフルエンザ菌 (Hib)    ロタウイルス

## ■家族構成をお知らせ下さい。また現在病気の方、あるいは次のような方がいらしたらお書き下さい。

- 父    母    兄    姉    弟    妹    その他 ( \_\_\_\_\_ 人家族)  
 病気療養中の方 \_\_\_\_\_

- アレルギー性疾患の方： \_\_\_\_\_    ぜんそくの方： \_\_\_\_\_  
熱性けいれんの方： \_\_\_\_\_    神経疾患 (てんかんなど) の方： \_\_\_\_\_

## ■現在、飲んでる薬はありますか？

なし・あり (薬品名： \_\_\_\_\_ )

 ■他医院からの紹介状はありますか？      なし    あり

## ■赤ちゃんの頃のことをおたずねします。

①お子さんを妊娠中のお母様の健康状態はいかがでしたか

異常なし    問題があった \_\_\_\_\_

②お子さんを分娩されたときの様子について

在胎週数 \_\_\_\_\_ 週、      出生時体重 \_\_\_\_\_ グラム

仮死 ( あり    なし )      黄疸 ( 強    中    弱    なし )

③くびがすわったのは \_\_\_\_\_ ヶ月ごろ

おすわりができるようになったのは \_\_\_\_\_ ヶ月ごろ

ひとりで歩けるようになったのは \_\_\_\_\_ ヶ月ごろ

お話ができるようになったのは \_\_\_\_\_ ヶ月ごろ