清音クリニック　小児科　問診表

氏名　　年令　　才　　ヶ月

学校名（園）　　年　　組

身長　　cm・体重　　kg

今日は、どんな事で受診されますか？

・熱　・せき　・鼻水、鼻づまり　・嘔吐　・下痢　・腹痛　・頭痛
・発疹　・湿疹　・アトピー性皮膚炎　・食物アレルギー　・健診　・予防接種
・発達が気がかり　・その他（　　）

アレルギーがありますか？　・いいえ　・はい　薬（　　）動物（　　）
食べ物（　　）　その他（　　）

きょうだいについて　きょうだい（　　）人の（　　）番目
兄、姉、弟、妹の年令　（　　）が（　　）才、（　　）が（　　）才
（　　）が（　　）才、（　　）が（　　）才

発達について

●妊娠中の異常がありましたか？　・いいえ　・はい（　　）
●在胎何週で生まれましたか？（　　**週**　　**日**）［予定日は４０週０日］
●生まれた時の体重（　　**g**）　●分娩は？・経膣　・帝王切開　・頭位　・骨盤位
●生まれてすぐ泣きましたか？　・はい　・いいえ
●新生児期に何らかの異常がありましたか？　・いいえ　・はい（　　）
●首がすわったのは（　　）ヶ月ころ　●ひとり歩き（　　）ヶ月ころ
●意味のあることば（　　）ヶ月ころ　［食べ物→マンマ、車→ブーブー等意味のある言葉］

今までにかかった病気がありますか？

・突発性発疹　・水ぼうそう　・おたふくかぜ　・喘息性気管支炎　・気管支喘息　・中耳炎
・アレルギー性鼻炎　・アトピー性皮膚炎　・けいれん（　熱性　・　その他　）
・その他（　　）

入院歴について　なし　・　あり　≪病名　　≫（　　**歳**）
≪病名　　≫（　　**歳**）

今までに受けた予防接種

・ヒブ（　）回　・小児用肺炎球菌（　）回　・ロタ（　）回　・B型肝炎（　）回
・四種混合（　）回　・ポリオ（　）回　・三種混合（　）回　・ＢＣＧ
・麻疹風疹［MR］（　）回　・水ぼうそう（　）回　・おたふくかぜ（　）回
・麻しん　・風疹　・日本脳炎（　）回　・二種混合　・子宮頸がん（　）回

ご家族（祖父母の世代まで）に以下の症状の方がいますか？
【お子様との続柄を書いてください】例：アレルギー性鼻炎（父、父方祖父）

・喘息（　　）　・アレルギー性鼻炎（　　）　・アトピー性皮膚炎（　　）
・食物アレルギー（　　）　・その他のアレルギー（　　）
・けいれん（熱性・その他　　）　・糖尿病（　　）　・肝炎（　　）
・腎臓病（　　）　・心臓病（　　）　・その他（　　）