

## 問 診 表

木村小児科

フリガナ 氏 名			体温	℃
生年月日	昭・平 年 月 日 ( 才 ) ( 男・女 )		体重	kg
住 所	〒	電 話	自宅	
			携帯	

## 1) お子さんを妊娠あるいは出産されたときの状態について

- 生まれたときの体重は ( ) g
- 週数は ( 週 日 )
- 生まれてすぐに泣きましたか ( はい、 いいえ )
- 分娩は予定通りでしたか ( はい、 いいえ )

「いいえ」の場合、(仮死・黄疸・帝王切開・その他)

## 2) 発育について

- 頸がすわったのは ( ) カ月頃
- お座りができたのは ( ) カ月頃
- ひとり歩き ( ) カ月頃
- 簡単な意味のある単語を話す ( ) カ月頃

## 3) 予防接種について

すでに受けた予防接種に○印を付けてください。

BCG、ポリオ、三種・四種混合：I期(1回・2回・3回)・追加・II期  
 麻疹(はしか)、風疹、麻疹・風疹混合ワクチン：I期・II期  
 おたふくかぜ、水痘、ヒブ、肺炎球菌、ロタ、B型肝炎

## 4) 過去の病気について

- ひきつけたことがありますか ( はい、 いいえ )
- 次の病気にかかったことがあれば○で囲んでください。

突発疹、はしか、おたふくかぜ、風疹、水痘、百日咳、川崎病、膀胱炎、腎炎、中耳炎

- そのほかに大きな病気にかかりましたか ( はい、 いいえ )

「はい」の場合、その病名 ( )

- いままでに入院したことがありますか ( はい、 いいえ )

「はい」の場合、その病名 ( )

## 5) お子さんの体質について

- 湿疹がよくできましたか ( はい、 いいえ )
- 「ぜーぜー」といったり、「小児喘息」と診断されたことがありますか ( はい、 いいえ )
- いままでに食べ物やくすりで発疹ができたことがありますか ( はい、 いいえ )  
その食べ物やくすりの名前は ( )

## 6) ご家族について

- ご家族、ご親類で次の病気の方がおられますか  
喘息 ( )、アトピー ( )、アレルギー性鼻炎 ( )  
その他のアレルギー ( )、結核 ( )
- きょうだいは ( ) 人、本人は ( ) 番目