

はじめて診察を受ける患者様へ

小児科

フリガナ		男 ・ 女 (満 才)
氏 名		平成 年 月 日生
住 所	( - )	電 話 ( ) -

わたしの個人情報については、安全で適切な医療サービスを受ける目的において、利用することに同意します。

病気は、本人の自然の回復力とそれを助ける医療と家庭での適切な看護とによって克服していくものです。早く苦痛をとりぬき、ふつうの生活にもどし、健やかな発達と発育を妨げないようにしなければなりません。そのためにお子さん(あなた)のことを詳しく知ったうえで、診察、治療をおこないたいと思います。下記のことについて記入して下さい。尚わからない項目は受付・予診でおたずね下さい。  
安全な治療を行うために、あなたのこれまでの病気や暮らしについておたずねしますので、ご面倒ですが次の質問にお答え下さい。わからないことは職員におたずね下さい。

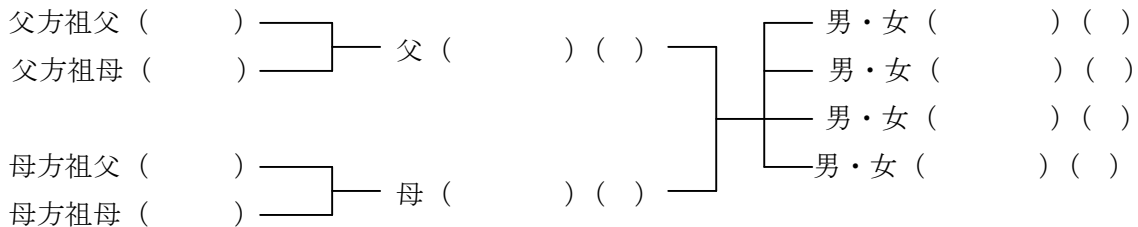
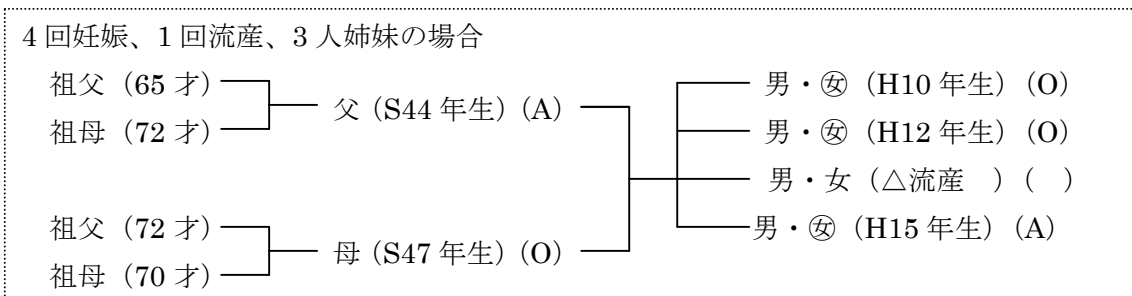
1. 本日はどこの具合が悪くて受診されましたか。○又は記入して下さい。又、下記の症状のありなしを記入して下さい。

- |                |          |         |
|----------------|----------|---------|
| 熱 度            | 頭 痛      | 喘 息     |
| 咳 (乾いた・痰のかかった) | 下 痢      | 鼻 炎     |
| 鼻 (水様・ドロドロ)    | 吐きけ      | 乳児健診    |
| のどの痛み          | アトピー性ヒフ炎 | その他 ( ) |

2. 家族について

例を参考にして、年齢または生まれた年を記入し、同居者は下の例のようにワクで囲んで下さい。受診本人(子供)は◎で囲んで下さい。

(例)



血縁の方で次の病気の人があれば続柄(祖父など)で記入して下さい。

- 糖尿病 ( ) 高血圧 ( ) 腎臓病 ( ) 肝臓病 ( ) 精神病 ( )  
喘 息 ( ) 湿 疹 ( ) 結 核 ( ) てんかん ( )

3. 妊娠中毒症ありませんでしたか。

なし・あり(切迫流産・切迫早産・むくみ・高血圧・蛋白尿・貧血で治療)

4. 生まれた時異常ありませんでしたか。

なし・あり(仮死・黄疸で治療・未熟児で保育器( )日間・その他( ))

この病院を選ばれた理由は

1. 近いから
2. 専門外来があるから
3. 会社などの健診の結果を聞いて
4. 紹介されたから
5. 班会、健康教室など
6. 医療生協組合員に（なっている・なっていない）

この病院のことを誰から紹介されましたか

1. 家族
2. 友人、知人（氏名  ）
3. 労組、民主団体、会社
4. 他医院、病院（名称  ）
5. 広告、その他（  ）
6. 班会、健康教室など

5. 生下時体重（  ） g 身長（  ） cm 頭囲（  ） cm

分娩場所（病院産婦人科・個人産婦人科医院・助産所・自宅）

6. 母乳を与えた月、混合の月、ミルクの月を○して下さい。

母乳のみ 生後 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 月

混合 生後 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 月

ミルクのみ 生後 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 月

7. これまでにうけた予防接種に○をつけて下さい。

ポリオ 三種混合 BCG はしか おたふくかぜ 水ぼうそう ふうしん

B型肝炎ワクチン

8. これまでにかかった病気に○をつけて下さい。

はしか おたふくかぜ 水ぼうそう 百日咳 中耳炎（  回） 肺炎（  才）

溶連菌感染症 腎盂炎 膀胱炎 ひきつけ（  才より  回）（有熱・無熱）

9. 体質傾向について、○又は記入して下さい。

下痢しやすい -あった( )才から( )才まで じん麻疹がでる-あった( )才から( )才まで

カゼひきやすい-あった( )才から( )才まで ゼーゼーする -あった( )才から( )才まで

湿疹がでる -あった( )才から( )才まで ヒューヒューする -あった( )才から( )才まで

自家中毒あり -あった( )才から( )才まで

10. 発達について（はやかった、ふつう、おそかった）

首すわり（  カ月） 寝返り（  カ月） はいはい（  カ月） 一人歩き（  カ月）

マンマ・パパなど初めて言葉を言ったのは（  カ月）

二語文（ママ、イナイ・パパ、イナイ）と言ったのは（  カ月）

昼のおもしろがなくなったのは（  才  カ月）

夜のおもしろがなくなったのは（  才  カ月）

11. 生活環境について

共働き 父の名前  父の職業  職場の TEL（  ） -

（有・無）母の名前  母の職業  職場の TEL（  ） -

主にみている人（昼  夜  ）

集団生活の場の名称  保育園  幼稚園  小学校  中学校

愛称  くん・ちゃん

12. ①今まで、熱を下げる薬(のみ薬、坐薬、注射)を使ったことがありますか。 (はい・いいえ)

②今まで、飲み薬、注射等で体の具合悪くなったことがありますか。 (はい・いいえ)

③のみ薬や注射以外に、食べものやその他でじん麻疹が出たり「アレルギー」(湿疹、鼻炎、喘息)といわれた事がありますか。 (はい・いいえ)

④ご家族の方で、じん麻疹やかぶれが出たり、喘息や鼻炎があつたり、又「アレルギー」と言われた方がいらっしゃいますか。線で結んで下さい。

- |     |   |           |
|-----|---|-----------|
| 祖父  | ・ | 喘息        |
| 祖母  | ・ | アレルギー性鼻炎  |
| 父   | ・ | 花粉症       |
| 母   | ・ | じん麻疹      |
| 兄弟  | ・ | 湿疹        |
| 弟妹  | ・ | アトピー性皮膚炎  |
| イトコ | ・ | かぶれ       |
|     |   | アレルギー性結膜炎 |