

問診票[1] ID [] 記入日 20 年 月 日

ふりがな お子さんのお名前				男 ・ 女	
生年月日	年	月	日	生まれ (才
身長	cm		体重	kg	
住所	(〒 -)				
電話番号	自宅	-	-	携帯	-

【妊娠中について】

異常が (なかった ・ あった)
 あった方 → 発熱 ・ むくみ ・ 貧血 ・ 高血圧 ・ たんぱく尿 ・ 発疹 ・ つわりがひどかった
 その他 []
 お薬の服用 (なし ・ あり [])

【出産について】

在胎 () 週 () 日 で出産
 生まれてすぐに (泣いた ・ 泣かなかった)
 生まれた時は (頭から ・ さかご ・ 吸引 ・ 帝王切開 ・ へその緒が巻いていた)
 生まれた時の (体重 [g]、身長 [cm]、頭囲 [cm])

【黄疸について】

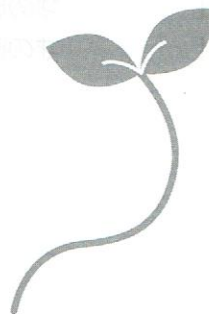
強さ (なかった ・ 少しあった ・ 強かった)
 治療 (なし ・ あり)
 ありの方 → 日光浴 ・ 光線療法 ・ 交換輸血 ・ その他 []

【今までの妊娠について】

異常が (なかった ・ あった)
 あった方 → 早産 [回]、流産 [回]、死産 [回]

【家族構成】

お父さん [才]、お母さん [才]
 兄弟姉妹 (いない ・ いる)
 いる方 → 男 ・ 女 [才]
 男 ・ 女 [才]
 男 ・ 女 [才]



【家族歴】

ご家族で下記の病気の方がいらっしゃる場合は○をつけてください。
 気管支喘息 ・ アトピー性皮膚炎 ・ 食物アレルギー ・ 花粉症 ・ 熱性けいれん ・ てんかん
 発達障害 ・ 脳性まひ ・ 糖尿病 ・ 心臓病 ・ 腎臓病 ・ 結核 ・ 膠原病 ・ その他 []

<裏面もご記入ください。>

ひだこどもクリニック

【既往歴】

今までに大きな病気やけがで入院や治療を受けたことがありますか？（ない・ある）
ある方はお書きください。

[才の時]	→ [入院・通院・手術]
[才の時]	→ [入院・通院・手術]
[才の時]	→ [入院・通院・手術]

【予防接種歴】

今までにうけたことのあるワクチンに○をつけてください。

- ヒブ（未・1回・2回・3回・追加）
- 肺炎球菌（未・1回・2回・3回・追加）
- B型肝炎（未・1回・2回・3回）
- 口タウウイルス（未・1回・2回・3回）
- 4種混合（未・1回・2回・3回・追加）
- BCG（未・済）
- 麻疹風疹混合（MR）（未・1回・2回）
- 水痘（みずぼうそう）（未・1回・2回）
- おたふくかぜ（未・1回・2回）
- 日本脳炎（未・1期1回・1期2回・1期追加・2期）
- 子宮頸癌（未・1回・2回・3回）

- 3種混合（未・1回・2回・3回・追加）
- ポリオ不活化（未・1回・2回・3回・追加）
- ポリオ生（未・1回・2回）
- 麻疹（はしか）（未・1回・2回）
- 風疹（未・1回・2回）
- その他のワクチン（

また、上記疾患にかかったことがありましたらお書きください。

[才の時]	[にかかった]
[才の時]	[にかかった]



<ご記入ありがとうございました。>