

# 小児科 新患問診票

記入日時 年 月 日

<お名前>

<生年月日: 年 月 日>

## ① お子さんの生まれた時の状況について

出生体重 ( g) 在胎週数 ( 週) 黄疸 ( 光線療法をした )  
妊娠中に何か異常はありましたか? (は い・いいえ)

## ② お子さんの発達について

首のすわり ( ヶ月) 一人で座る ( ヶ月)  
はいはい ( ヶ月) 一人で歩く ( ヶ月)

## ③ 今までかかった病気について

\*カゼをひくとゼイゼイしやすい・咳が治りにくい (は い・いいえ)  
\*熱性ケイレンを起こした事がある (は い・いいえ)  
\*その他 ( )  
入院したことがありますか? (は い・いいえ)  
( 才の時/病名: )

現在、他の病院で治療中の病気はありますか? (は い・いいえ)

毎日のんでいる くすり があれば教えてください。 (は い・いいえ)

くすり や食物 で アレルギー はありますか? (は い・いいえ・以前にあった)

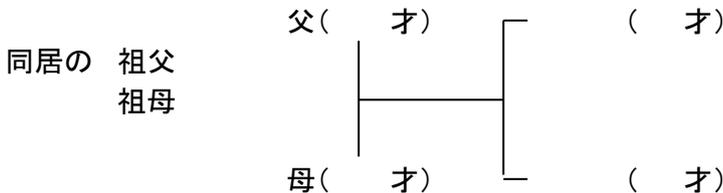
## ④ 予防接種について

ヒブ	完了・途中で	BCG	済み
肺炎球菌	完了・途中で	麻疹・風疹混合	済み・まだ接種していない・途中で
ロタ	完了・途中で	おたふく	済み・かかった
B型肝炎	完了・途中で	水ぼうそう	済み・かかった
4種混合/5種混合	完了・途中で	日本脳炎	完了・途中で

## ⑤ 家族について

御両親に アレルギー疾患やその他 大きな病気はありますか?  
(なし・あり 父: アトピー, 花粉症, 喘息 その他→ )  
母: アトピー, 花粉症, 喘息 その他→ )

### ●御家族の年齢構成を教えてください●



※兄弟姉妹が保育園・幼稚園・学校に通っていたら 横に書いてください。

\*家族でタバコを吸う方はいますか? (いない・いる→ 父 / 母 / 祖父 / 祖母 / その他 )  
(1日に何本くらい吸いますか? 10本未満 / ~20本 / ~30本 / 30本以上 )

\*ペットを飼っていますか? (いない・いる→ イヌ, ネコ, その他 )

○マイナ保険証利用の希望はありますか。 （ はい ・ いいえ ）

（※「はい」と答えた方のみ）マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか。 （ はい ・ いいえ ）

\*当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。  
\*正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証をお持ちの方はご掲示ください。