

# ◇初めて小児科を受診される方へ◇

受診日 年 月 日  
※小児科対象年齢は中学3年生までです

氏名 (男・女) 西暦 年 月 日生( 才 ヶ月)  
(体重 約 kg)

1 今日はどうなさいましたか？ (該当するものを○)  
熱 ( °C) ・ 咳 ・ 鼻水 ・ 嘔吐 ・ 下痢(水様・泥状) ・ 腹痛 ・ 頭痛 ・ 気分不快 ・ 発疹  
育児相談 ・ 言葉の問題 ・ その他 ( )  
※その症状はいつ頃から始まりましたか？ ( 頃)

2 出生時体重( g)  
分娩時 ・ 出生時の異常:無 ・ 有 ( )  
新生児時期の異常 :無 ・ 有 ( )

3 今までにかかれた病気(該当するものに○をつけ、罹患次期を記載して下さい)

麻疹(はしか)	歳	百日咳	歳
流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)	歳	アトピー性皮膚炎	歳
水ぼうそう(水痘)	歳	痙攣	歳: 熱性・無熱性
風疹(三日ばしか)	歳	ぜんそく	歳から
その他	歳から	その他	歳から

※現在内服している薬ありますか→ 無 ・ 有 ( )  
※今までに、使用した薬や注射で発疹が出たり具合が悪くなったことがありますか↓  
無 ・ 有 ( )  
※食物 ・ 花粉などにアレルギーがありますか→ 無 ・ 有 ( )

4 接種済みの予防接種をお知らせ下さい (該当するものに○、未接種の場合は×をつけて下さい)

○【例】アクトヒブ	○ 1回	○ 2回	○ 3回	追加
アクトヒブ	1回	2回	3回	追加
プレベナー(肺炎球菌)	1回	2回	3回	追加
4種混合	1回	2回	3回	追加
3種(DPT)	1回	2回	3回	追加
ポリオ(経口接種)	1回	2回		
不活化ポリオワクチン	1回	2回	3回	追加
B. C. G	1回			
MR(麻しん、風しん)	1期	2期	3期	4期
水痘(水ぼうそう)	1回	2回		
日本脳炎	1期1回	2回	3回(追加)	2期
2種混合(DT)	1回			
B型肝炎ウイルス	1回	2回	3回	
ロタウイルス	1回	2回		
流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)	1回	2回		
その他(ワクチン名:接種日)				

※ワクチンではありませんが、接種歴がありましたらご記入ください→ツベルクリン (陰性 ・ 陽性)

5 発育 ・ 発達  
発達状況に問題があると言われたことがありますか？ 無 ・ 有  
それは何ですか？ ( )

6 家族構成 (患者本人を○で囲む)

祖父 ( 才)	兄弟は	第1子	男 ・ 女	( 才)
祖母 ( 才)		第2子	男 ・ 女	( 才)
父 ( 才)		第3子	男 ・ 女	( 才)
母 ( 才)		第4子	男 ・ 女	( 才)
		第5子	男 ・ 女	( 才)

☆ご協力ありがとうございました。ご不明の点は遠慮なく看護師にお尋ね下さい