

月 日

初診の方へ

看護師記入欄

氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

年齢 \_\_\_\_\_歳 \_\_\_\_\_ヶ月 体温 \_\_\_\_\_℃

身長 \_\_\_\_\_ cm

体重 \_\_\_\_\_ kg

診察の前に以下の項目についてお答えください。

1. 本日はどのような症状がありますか。また、その症状はいつ頃からですか。

当てはまる項目に○をつけて、気付いた時期をお書き下さい。

症状	いつ頃から	症状	いつ頃から
発熱		嘔吐	
咳		下痢	
鼻水		腹痛	
喘鳴（ぜいぜい）		発疹（部位 _____）	
低身長			

その他（ \_\_\_\_\_ ）

2. 当院を受診する前に他の病院を受診しましたか。 [はい・いいえ]

3. 現在、何かお薬を飲んでいますか [はい・いいえ]

飲んでいる薬（ \_\_\_\_\_ ）

4. これまでかかった病気、発達の様子、行った予防接種についてお伺いします。

●生まれた時の状態をわかる範囲でお書き下さい。

在胎週数 \_\_\_\_\_週 \_\_\_\_\_日 出生時の体重 \_\_\_\_\_ g

その他お産の詳細（帝王切開など） \_\_\_\_\_

●これまでかかったことのある病気に○を付けてください。

水ぼうそう（水痘） おたふくかぜ（耳下腺炎） けいれん 外傷

喘息 アトピー性皮膚炎 薬疹 食物アレルギー（詳細 \_\_\_\_\_）

その他（詳細 \_\_\_\_\_）

●発達の様子について、できるようになった時期をお書き下さい。

首のすわり _____ヶ月	寝返り _____ヶ月	おすわり _____ヶ月
はいはい _____ヶ月	つかまり立ち _____ヶ月	ひとり立ち _____ヶ月
独り歩き _____歳 _____ヶ月	5語以上の単語を話す _____歳 _____ヶ月	
2語文を話す _____歳 _____ヶ月		

●予防接種について、受けたものに○をつけ、受けた回数をお書き下さい。

B C G	4種混合(DPT-IPV) _____回	ヒブ _____回	経口ポリオ _____回
B型肝炎 _____回	3種混合(DPT) _____回	肺炎球菌 _____回	不活化ポリオ _____回
MR(麻疹,風疹) _____回	日本脳炎 _____回	おたふく _____回	水ぼうそう（水痘） _____回
ロタワクチン _____回	その他（ _____ ）		

●ご家族の方がアレルギー・けいれん性の病気にかかった事がある場合や病気治療中の場合には詳細をお書き下さい。

（ \_\_\_\_\_ ）

ありがとうございました。小児科受付にお出し下さい。