

月 日

初診の方へ

看護師記入欄

身長 _____ cm
 体重 _____ kg

氏名 _____
 生年月日 _____年____月____日
 年齢 _____歳 _____ヶ月 体温 _____℃

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。
 (_____)
2. かかりつけ医はありますか。〔はい・いいえ〕 かかりつけ医名 _____
3. 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〕
4. 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 (_____)

5. これまでかかった病気、発達の様子、学校の様子、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 新生児仮死 (有・無)
 分娩様式 (経膣・帝王切開) 黄疸 (生理的・光線療法・その他の治療)
 新生児マスキングでの再検査の指摘 (有・無)
 新生児期の入院 (有・無) 詳細 _____

●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		

●学校の様子はどうか。〔学科：得意・普通・苦手、運動：得意・普通・苦手〕

困っていること (_____)

●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。

BCG	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・けいれん等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。