

# 小児問診表

産科クリニック

小児科 氏名 _____ 氏名		生年月日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
〒 _____		年齢 _____ 歳 _____ 月 _____ 日	
身長 _____ cm	体重 _____ kg	性別 _____	電話 _____ - _____

★以下の質問にお答えください。

1. 今回、どのような症状で来院されましたか？

\_\_\_\_\_

2. その症状はいつからですか？

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 時ごろ

3. 今回の症状で、何が最も心配しましたか？ ( はい / いいえ )

( 赤痢菌・肉芽で出してもらった菌 ) ⇒ **菌名を記す**

● 発生時からのことについてお答えください。

1. 発生時身長 \_\_\_\_\_ cm 発生時体重 \_\_\_\_\_ kg

2. 分娩方式 ⇒ ( 正常分娩・異常分娩 )  
 ↳ ( 吸引・剖宮・帝王切開 )

3. 栄養方法 ⇒ ( 母乳・ミルク・混合 )

4. 今までで大きな病気をしたことがありますか？ ( はい / いいえ )

**【アトピー】** \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 **【熱】** \_\_\_\_\_ **【菌名】** \_\_\_\_\_

5. アレルギーはありますか？ ( はい / いいえ )  
 ↳ ( 食べ物・薬物・動物・花粉症・その他 )

6. 今までにかかったことのある病気にか○をつけてください。

百日咳・はしか・風疹・水ぼうそう・おたふくかぜ・インフルエンザ  
 交感神経炎・遠隔菌血症・手足口病・ブーム病・マイコプラズマ肺炎

● 菌の形状でご希望があればお書きください。

↳ ( 水菌は数めない・形菌は数めない・菌刺は数めない )