

# 初めて受診される患者さんへ



渡辺産婦人科小児科

下記をご記入あるいは○印を付けていただき、当院受付までお持ち下さい。

記入日： 年 月 日

フリガナ 氏名	男 女	生年月日：H 年 月 日( 歳 ヶ月) ( )人兄弟の( )番目 体重( )Kg
〒 - 住所	電話番号 自宅 ( ) 携帯 ( )	
<p>1. ご家族へのご質問です。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・喫煙者はおられますか？ あり(家の中 家の外)・なし      ・ペットはいますか(はい・いいえ)</li> <li>・アレルギー体質(喘息・じんましん・アトピー性皮膚炎・鼻炎・結膜炎・花粉症)の方はおられますか？ ( )</li> <li>・けいれん・心臓病・腎臓病・血液疾患・糖尿病・結核・肝臓病・遺伝性疾患方はおられますか？ ( )</li> <li>その他 ( )</li> </ul>		
<p>2. 発育歴について</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>①出生：( )週 ( )日で出生 出生時の体重 ( ) g</p> <p>②黄疸(なし・普通・光線治療・交換輸血)</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>③発達発育について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・首がしっかりしたのは( )ヶ月</li> <li>・意味のある言葉を話すようになったのは( )ヶ月</li> <li>・ひとりで歩けたのは( )ヶ月</li> <li>・初潮は( )歳</li> </ul> </div> </div>		
<p>3. かかった事がある病気に○して下さい。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・突発性発疹    ・はしか    ・風疹    ・水痘    ・おたふくかぜ    ・百日咳    ・肺炎、気管支炎</li> <li>・けいれん、熱性痙攣、てんかん    ・自家中毒    ・ぜんそく    ・アトピー性皮膚炎</li> <li>・その他アレルギー性疾患(鼻炎、結膜炎、じんましんなど)</li> <li>・その他大きな病気、または入院したことがあればご記入下さい。 ( )</li> </ul>		
<p>4. 予防接種について</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>①BCG：未・済( 歳 ヶ月頃)</p> <p>②Hibワクチン：未・済(1回・2回・3回・追加)</p> <p>③肺炎球菌ワクチン：未・済(1回・2回・3回・追加)</p> <p>④四種混合ワクチン I期：未・済(1回・2回・3回・追加)</p> <p>⑤三種混合ワクチン I期：未・済(1回・2回・3回・追加) II期：未・済</p> <p>⑥ポリオワクチン生：未・済(1回・2回) 注射：未・済(1回・2回・3回・追加)</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>⑦はしか風疹(MR)混合ワクチンI期：未・済 はしか(単独)：未・済 風疹(単独)：未・済</p> <p>⑧おたふくかぜワクチン：未・済(1回・2回)</p> <p>⑨水ぼうそうワクチン：未・済(1回・2回)</p> <p>⑩日本脳炎ワクチン I期：未・済(1回・2回・追加) II期：未・済</p> <p>⑪その他(ロタ・B型肝炎・子宮頸がん・シナジス他) ( )</p> </div> </div>		
<p>5. 今までに内服薬や注射をした時に、何か異常が出た事がありますか？</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・特になし    ・発疹が出た    ・その他( )    ・その薬品名は何ですか？( )</li> </ul>		

# 問診票（初診・再診兼用）



渡辺産婦人科小児科

下記をご記入あるいは○印を付けていただき、当院受付までお持ち下さい。

記入日： 年 月 日

フリガナ	男			体温（	）度
氏名	女	歳	ヶ月	体重（	）kg

1. 今日はどうされましたか？くわしく状況をお教えてください。

症状

- 熱 ( ) 日前から ℃
- 咳 ( ) 日前から 乾いた咳・痰がらみの咳・ゼーゼー・朝と寝る前の咳
- 鼻水 ( ) 日前から 黄緑色・透明・ネバネバ・水っぽい
- 鼻づまり ( ) 日前から 鼻がかめない・かみたくない
- 嘔吐 ( ) 日前から 1日 ( ) 回 咳込んで嘔吐しますか？ ( はい ・ いいえ )
- 下痢 ( ) 日前から 1日 ( ) 回 (軟便・水便・血便・白い便・黒い便・臭いがおかしい)
- 便秘 ( ) 日前から ( ) 日に1回ペース (ウンチするのが嫌・痛いから怖い)
- 腹痛 ( ) 日前から どの辺？ ( )
- 発疹 ( ) 日前から (頭・顔・おなか・背中・おしり・手・足・全身)
- 食事 ( いつも通り ・ 少なめ ・ 食べていない )
- 水分 ( いつも通り ・ 少なめ ・ 飲めていない )
- おしっこ ( いつも通り ・ 少なめ ・ 出ていない )

2. 他院に通院中ですか？ ( はい ・ いいえ )

- ・今飲んでいるお薬の名前は？ ( )
- ・お薬は ( きっちり飲んでいる ・ まあまあ飲んでいる ・ ほとんど飲めていない )

3. 周囲で流行っている病気は？

4. お薬の希望は？

- 内服薬は ( 錠剤 ・ 粉薬 ・ シロップ ) を希望
- 解熱剤などの頓用薬は ( 要 ・ 不要 ) ( 座薬 ・ 内服 ) を希望

## <アレルギー科 問診票>

☆本日はどの様にご相談ですか？

- アトピー・乾燥肌についての相談
- ゼンソクについての相談
- 鼻炎・花粉症についての相談
- 食物アレルギーについての相談
- その他 (下記余白にご記入下さい)