

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"> ・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) ・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？ () ・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？ () その他 () | | |
| <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"> ・首がしっかりしたのは()ヶ月 ・意味のある言葉を話すようになったのは()ヶ月 ・ひとりで歩けたのは()ヶ月 ・初潮は()歳 </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"> ・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 ・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 ・その他アレルギー性疾患(鼻炎、結膜炎、じんましんなど) ・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。 () | | |
| <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"> ・特になし ・発疹が出た ・その他() ・その薬品名は何ですか？() | | |

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)