

問診票

ID _____

氏名 _____

お子様の学校名:()

身長:()cm 体重()kg

同居の家族構成(名前・年齢)

父 : () 歳 職業:()

母 : () 歳 職業:()

兄弟姉妹 : () 歳 () 歳

() 歳 () 歳

祖父母 : () 歳 () 歳

1. 本日からした目的や相談したいことは何ですか。また、当院の治療に期待することを教えてください。

()

2. 生育過程においてお気づきになった点(心理面、身体面、家庭面など)、またその他お子さんの性格、行動様式友人関係に関してお気づきの点をご記入ください。

()

3. 他の病院にかかっていますか。 いいえ はい(病名)

4. 現在、飲んでいるお薬(サプリメントも含む)はありますか。 いいえ はい
(薬品・サプリメント名)

5. アレルギーについて

・アレルギーはありますか。 いいえ はい (薬物 食べ物 花粉 喘息 アトピー その他())

・家族にアレルギーがある人はいますか。 いいえ はい

・薬や注射、花粉などでじんましんやアレルギー反応が出たことがありますか。 ない ある

※ある場合、原因が分かれば教えてください。()

6. いままで下記に下記の病気を診断されたことがあれば✓をつけてください。

喘息 () 歳 扁桃炎 () 歳 虫垂炎 () 歳 溶連菌感染症 () 歳

肺炎 () 歳 心疾患 () 歳 はしか () 歳 消化器疾患 () 歳

結核 () 歳 百日咳 () 歳 水疱瘡 () 歳 アトピー性皮膚炎 () 歳

風疹 () 歳 おたふくかぜ () 歳 腎疾患 () 歳 髄膜炎・脳炎 () 歳

黄疸 () 歳 くる病 () 歳 皮膚疾患 () 歳 アレルギー性鼻炎 () 歳

中耳炎 () 歳 けいれん () 歳 肝疾患 () 歳 甲状腺疾患 () 歳

その他 () () 歳

7. 入院をしたことはありますか。 いいえ はい ※その病名は?()

8. 予防接種を受けたものに☑を付けてください。

ヒブ 四種混合 三種混合 ポリオ BCG MR 水痘(水疱瘡)

ロタウイルス おたふく風邪 A型肝炎 B型肝炎 子宮頸がん インフルエンザ

日本脳炎 HPV (ヒトパピローマウイルス) 小児用肺炎球菌

その他 ())

9. ご家族(祖父母・両親・子供)の病歴をお書きください。

例: 高血圧(父方祖母) 糖尿病(父) 喘息(兄) *祖父母は父方か母方かも記入してください。

[]

10. 出産について

- ・妊娠過程で特記すべき点がありますか。□いいえ □はい()
- ・出産過程について。□自然分娩 □帝王切開 / 満期産でしたか。 □いいえ □はい
- ・問題がありましたか。□いいえ □はい()
- ・生まれたお子さんに何か問題がありましたか。□いいえ □はい / 出生時体重 ()kg

11. 成長について

- ・栄養について。 □母乳 □人エミルク □混合
- ・授乳はいつまででしたか。 _____ 歳 _____ カ月まで
- ・体の成長は早い方でしたか。□早い □普通 □遅い
- ・人見知りがありましたか。 □いいえ □はい
- ・成長について、気になることはありましたか。 □いいえ □はい(どの様な?:)

下記の開始時期はいつですか。

- ・首座り ()カ月 ・ハイハイ()カ月 ・お座り()カ月 ・歩き始め()歳()カ月
- ・話始め()歳()カ月 ・おむつが取れた時期()歳()カ月 ・おねしょ終了時期()歳()カ月
- ・歯の生えはじめ()カ月 ・歯の生え変わり()歳()カ月 ・現在永久歯()本/ 歯の矯正□ある □ない

12. 視力について 右() 左() / □近視 □遠視 □乱視 □斜視 □眼鏡・コンタクト使用

13. 排泄について

- ・排便回数について(1日 回程度) / 1回の排便量について □多い □普通 □少ない
- ・排尿回数について(1日 回程度) / 1回の排尿量について □多い □普通 □少ない
- ・排便は毎日出ますか。□いいえ □はい ・下痢または便秘をしやすいですか。□いいえ □はい

14. 食事について

- ・食欲はありますか。 □いいえ □はい
- ・沢山食べますか。 □いいえ □はい
- ・好き嫌いはありますか。□いいえ □はい
- ・好きな食べ物は。() / 嫌いな食べ物は。()
- ・喉は渇きますか。 □いいえ □はい

15. 睡眠について

- 規則的 □不規則 □寝つき良い □寝つき悪い □夜中に目が覚める(回)
- 浅い □深い □夜泣き □よく夢を見る □目覚めが良い □目覚めが悪い
- 睡眠時間()時間/ 起床時間()時 ()分・就寝時間()時()分

16. その他

- ・腹痛、頭痛、咳など起こしやすい症状がありますか。□いいえ □はい(具体的な症状:)
- ・汗はよくかきますか。 □いいえ □はい
- ・学校(幼稚園等)は好きですか。□いいえ □はい/ 学校の場合、何の教科が好きですか。()
- ・友達と遊ぶのは好きですか。 □いいえ □はい
- ・集中して遊べますか。 □いいえ □はい/ 何をして遊ぶのが好きですか。()