

小児科成育問診票

お名前 _____ 男・女 _____ 生年月日 _____ 年 月 日 (歳)

I. 出生児の様子について教えてください。

- ① 出生時の体重 (妊娠 _____ 週 _____ g)
② 出生時の異常 なし・あり (_____)

II. これまでの発育・発達歴、予防接種歴、既往歴、家族歴についてお答えください。

- ① 健診時に発育・発達の遅れや気になる点を言われたことがありますか。
なし・あり (_____)
- ② 通園・通学はしていますか。 いいえ・はい
(_____) 園・(_____) 保育園・(_____) 学校
- ③ 予防接種について
☆定期接種
ヒブ (_____) 回 肺炎球菌 (_____) 回 4種混合 (_____) 回 BCG (_____) 回
MR (麻疹・風疹) (_____) 回 B型肝炎 (_____) 回 日本脳炎 (_____) 回
生ポリオ (_____) 回 3種混合 (_____) 回 水痘 (_____) 回 子宮頸ガン (_____) 回
☆任意接種
ロタウイルス (_____) 回 おたふくかぜ (_____) 回 その他 (_____)
- ④ 定期通院している病気はありますか。 なし・あり 病名 (_____) 病院名 (_____)
- ⑤ 入院したことがありますか。 なし・あり 病名 (_____) 病院名 (_____)
- ⑥ ひきつけたことはありますか。 なし・あり 初発 (_____) 歳 (_____) 回
- ⑦ 食物アレルギーはありますか。 なし・あり 食物 (_____) 症状 (_____)
- ⑧ 薬物アレルギーはありますか。 なし・あり 薬剤名 (_____) 症状 (_____)
- ⑨ アレルギー体質ですか。 いいえ・はい (該当するものに○をつけてください)
(喘息・アレルギー性鼻炎・アトピー性皮膚炎・蕁麻疹・結膜炎・花粉症)

III. 家族歴について教えてください。

- ① ご家族でタバコを吸う方はいますか。 いない・いる どなたですか。 (_____)
- ② ご家庭でペットを飼っていますか。 いない・いる 動物名 (_____)
- ③ 連絡先をお書きください。 *連絡を取りやすい順にご記入ください。
第1 【 _____ 】 続柄 (_____)
第2 【 _____ 】 続柄 (_____)
第3 【 _____ 】 続柄 (_____)