

問 診 表

平成 年 月 日

藤山小児科医院

患者氏名 生年月日 昭和・平成 年 月 日 男・女
 記入者名 住 所
 患者との続柄 TEL () - -

あなたのお子さんに、より有効な治療をするために必要ですので、ぜひ記入してください。

本日、お子さんが 来院された理由は	熱・ひきつけ・嘔吐・下痢・咳・痛み(部位) 追加事項 その他の理由()
お子さんの人数は	人 このお子さんは 番目
ご家族は健在ですか	はい、いいえ(が、その状態)
妊 娠 中 の 異 常	なし、あり(どんな)
出 産	正常、異常(どんな)
生下時体重・身長	g ・ cm
新生児期の異常	なし、あり(どんな)
乳 幼 児 期 の 発 達	首すわり ヲ月、 お座り ヲ月、 つかまり立ち ヲ月 一人歩き ヲ月、 簡単な意味のある言葉を話すようになったのは ヲ月
ど ん な 病 気 に かかりましたか	はしか、おたふくかぜ、水ぼうそう、風疹、百日咳、溶連菌感染症、腎炎、川崎病 その他()
今までに、入院をし たり、手術を受けた ことがありますか	ない ある(病名 病院名)
これまでに受けた 予 防 接 種	BCG、ポリオ 回、三種混合Ⅰ期 回、Ⅱ期、はしか、風疹 おたふくかぜ、水ぼうそう、日本脳炎 回、インフルエンザ その他()
食物、薬を飲んで 発 疹 が 出 た り 下痢をしたこと	ない ある(薬名)