

# 小児科予診表

年 月 日

ふりがな 氏名		住所 マンション名も		電話	—
------------	--	---------------	--	----	---

本日はどうされましたか。簡単に症状をお書き下さい。

( )

現在の体重、身長を御記入下さい。 体重 ( ) kg 身長 ( ) cm

下記の質問についてお答え下さい。(該当する場合○で囲んで下さい)

便通 ( 回 / 日 ) 便秘 (アリ・ナシ) 下痢 (アリ・ナシ)

睡眠 (良・悪) 食欲 (良・悪)

既往歴 妊娠中の異常 (アリ・ナシ) 難産 (アリ・ナシ)  
 早・遅産 (アリ・ナシ) ( )日(早・遅)かった  
 生下時体重 ( )g (母乳・混合・人工)栄養  
 新生児黄疸 (強・中・弱)

ハシカ (スミ・マダ) 突発性発疹 (スミ・マダ)  
 オタフク風邪 (スミ・マダ) 百日咳 (スミ・マダ)  
 風疹 (スミ・マダ) 熱性ケイレン (スミ・マダ)  
 水ぼうそう (スミ・マダ) アレルギー (スミ・マダ)  
 その他の入院又は手術等 ( )

予防注射 B.C.G. (スミ・マダ) ハシカ・フーシンワクチン (スミ・マダ)  
 ポリオワクチン (スミ・マダ) オタフクワクチン (スミ・マダ)  
 水痘ワクチン (スミ・マダ) ヒブワクチン (スミ・マダ)  
 4種混合ワクチン (スミ・マダ) 肺炎球菌ワクチン (スミ・マダ)

家族歴 子供さんの人数 ( )人 この子さんは ( )人目  
 家族、親族に  
 結核 (アリ・ナシ) 喘息 (アリ・ナシ)  
 癌 (アリ・ナシ) 薬アレルギー (アリ・ナシ)

八杉クリニック

(DDまっぷホームページより印刷)