聖隷浜松病院てんかんセンター外来

てんかんセンター小児問診表　初診

年　　月　　日記入

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　性別　男　・　女

生年月日　　年　　月　　日　年齢　　歳

◆本日の身長（　　cm）　　本日の体重（　　kg）

◆本日はどのような症状（どのような目的）で受診されましたか。

◆これらの症状はいつ頃から始まりましたか。

（　　）年（　　）月（　　）日

◆これらの症状について他の病院・医院を受診されましたか。

□受診していない

□受診した　⇒　紹介状　無・有（　　病院・医院）

病名を　「　　」といわれている

薬を　□飲んでいる　□飲んでいた　□飲んでいない

◆現在、他の病気で治療を受けていますか。あればご記入ください。

病名（　　）　病院・医院名（　　）

内服　無・有（　　）

◆今までに注射や薬で発疹、アレルギー症状を起こしたことがありますか。

無・有　⇒　どんな薬ですか　（　　）

◆熱性痙攣の既往はありますか。　□はい　□いいえ

◆２週間以上の咳が続いている　□はい　□いいえ

◆出生時の状況

お産について　□予定日より　　日早い　□予定日より　　日遅い

生まれたときの体重　（　　g）

◆出生後の発達について

首のすわり（　　カ月）　おすわり（　　カ月）　ひとり歩き（　　カ月）

マンマ・ブーブーなどのことば（　　歳　　カ月）

◆予防接種について　これまで受けたものに○をつけてください

ポリオ　BCG　DPT（三種混合）　はしかワクチン　風疹ワクチン

MR（麻疹・風疹混合）ワクチン　おたふくかぜワクチン　みずぼうそうワクチン

スキャナ　要　（不要）