

記入日	年	月	日	男	歳	身長	cm
ふりがな				女	ヶ月	体重	Kg・g
お名前			様				
生年月日	西暦	年	月	日			
スタッフ記載欄	血压	mmHg	脈拍	回/分	体温	℃	O2SAT %

▼お子さんは全部で何人ですか？ () 人 ⇒ 本日受診の方：() 番目

▼どのような症状のため受診されましたか？

▼これらの症状はいつ頃から始まりましたか？

() 年 () 月 () 日時頃～

▼これらの症状はどのように変わっていますか？

悪化している 変わらない 良くなっている

▼これらの症状について他の病院・医院などに受診されましたか？ いいえ はい

→「はい」を選択された方にお聞きします。

- ① 診療所名：()
- ② 紹介状・資料はお持ちですか？ 紹介状：なし あり
資料：なし あり
- ③ 病名を()と言われている
- ④ お薬を飲んでいますか？ いいえ はい 飲んでいた

▼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 なし あり()

▼今までにかかった病気はありますか？

▼薬のことについてお聞きします。

- ① 現在、当院・他病院での薬の処方や市販薬の服用はされていますか？ なし あり
- ② 薬でのアレルギー及び副作用はありますか？
なし あり ⇒ 抗生物質(薬品名：) 造影剤 麻酔薬
その他()
- ③ 血液をサラサラにする薬(抗血栓薬：ワーファリン・バイアスピリンなど)を飲んでいますか？
いいえ はい⇒薬品名()

* 現在内服している薬があれば、診察時に伝えられるように、お薬手帳/表をお手元にご用意ください。

▼アレルギーについてお聞きします。

- ① 食物でアレルギーはありますか？
なし あり ⇒ どんな食物ですか？ ()
- ② その他、アレルギーはありますか？
なし あり ()

▼せきは出ていますか？

なし あり

→「あり」を選択された方にお聞きします。

- ① たんが多い、又はたんに血が混じっていますか？ いいえ はい
- ② 2週間以上、せきが続いていますか？ いいえ はい

お名前： _____ 様
生年月日：西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

▼出産の状況についてお聞きします。

- ①お産について ⇒ () 週 () 日に出産
②出生場所 () ③生まれたときの体重 () g
④お産の異常について
なし あり ⇒ 仮死 鉗子分娩 吸引分娩 前置分娩
帝王切開 その他 ()
⑤栄養方法について ⇒ 母乳 混合 人工

▼出生後の健康発育状態についてお聞きします。

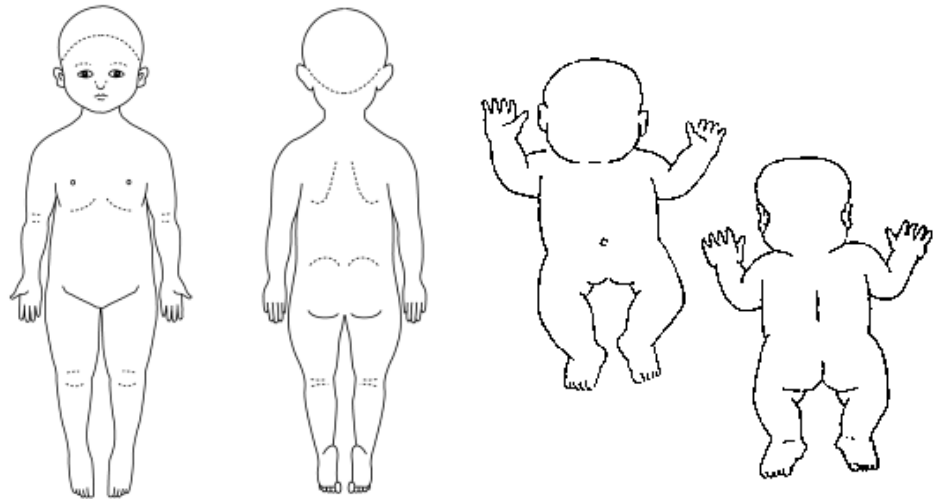
- ①首のすわり：() ヶ月 ②おすわり：() ヶ月
③ひとり歩き：() ヶ月 ④ママ、ブーブ、ワウなどの言葉：() 才 () ヶ月

▼これまでに受けた予防接種についてお答えください。

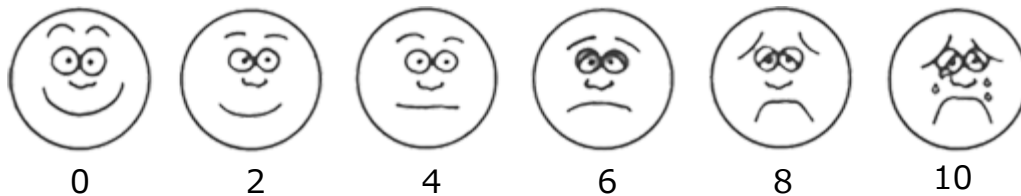
- ポリオ BCG 三種混合 四種混合 肺炎球菌 おたふくかぜ
MR (麻しん風しん混合) 日本脳炎 ロタウイルス 二種混合
Hib 水痘 B型肝炎 その他 ()

▼痛みについてお聞きします。からだの中で痛いところがありますか？ なし あり
→「あり」を選択された方にお聞きします。

- ①痛い場所はどこですか？
※図の該当する部位に
○をつけてください。



- ②現在の痛みが一番合う顔を選んでください。(難しい場合は、ご家族の方が選んでください。)
※お子様に下記の絵を見せて選んでもらい、該当する数字に○をつけてください。



▼過去3ヶ月で、食事量が減りましたか？

- 食事量の変化なし 食事量がおよそ2/3に減った 食事量が半分以下に減った

▼過去3ヶ月で、体重の減少がありましたか？

- 体重の減少に変化なし
1kg未満の体重の減少あり 1kg~3kg未満の体重減少あり 3kg以上の体重減少あり

▼4ヶ月以内に転んだことがありますか？ なし あり ▼3ヶ月以内に渡航歴がありますか？
→「あり」を選択された方にお聞きします。

- ①いつ頃ですか？ () ヶ月前 →「あり」を選択された方にお聞きします。
②どのように転びましたか？ ①いつですか？ (~)
ふらついた つまずいた 足がもつれた ②どこへいきましたか