

記載日：_____年____月____日

問 診 票

患者さんの名前：_____ 年齢：_____

記入者：_____ (続柄：_____)

1. 受診した理由を教えてください

2. ご家族の構成（患者さんにとっての続柄）とご家族の病気について教えてください。

続柄	名 前	生年月日	同居・別居	かかった病気や治療中の病気
父		. .	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
母		. .	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
以下に 兄弟・姉妹・そのほかの同居者の方（例：祖父、祖母）を記入願います。				
		. .	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
		. .	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
		. .	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
		. .	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
		. .	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	

3. お子さんが生まれる前のことを教えてください

- ◆ 妊娠高血圧症（妊娠中毒症）の症状はありましたか？ (なし・軽度・中等度・重度)
- ◆ 切迫流産・早産になりましたか？ (なし・あり：{ }か月)
- ◆ 予定日はいつでしたか？ ()年()月()日
- ◆ 腹部超音波検査で胎児の異常を指摘されたことはありますか？ (いいえ・はい _____ 週齢)
- ◆ 他に妊娠中に異常を指摘されたことがありますか？ (いいえ・はい _____ 週齢)

4. お子さんが誕生したときのことを教えてください

- ◆ 分娩は正常でしたか？ 正常 ・ 異常 (吸引・帝王切開・骨盤位・その他)
- ◆ 出生時体重 () g ・身長 () cm ・頭囲 () cm ・胸囲 () cm
在胎週数 () 週 () 日
- ◆ 元気に泣きましたか？ (はい・いいえ)
- ◆ 母乳やミルクの飲みは良好でしたか？ (はい・いいえ)
- ◆ 保育器に入りましたか？ (いいえ・はい)
- ◆ 光線療法を受けたことがありますか？ (いいえ・はい)

9. 家庭環境について教えてください

◆ 住居環境（都市部・郊外） ◆ 住居（一軒家・マンション・アパート・その他）

◆ 喫煙について

	喫 煙
本人	なし・1日（ ）本
父	なし・1日（ ）本
母	なし・1日（ ）本
	なし・1日（ ）本

◆ ペット 無 ・ 有（ ）

10. 予防接種と伝染病の経歴について教えてください

予防接種を受けた場合には「ワクチン」に、かかった場合には「かかった」に丸をつけてください

※予防接種を受けたのにその病気にかかった場合は両方に丸をつけてください

	ワクチン ・ かかった	年 齢		ワクチン ・ かかった	年 齢
ポリオ	ワクチン ・ かかった	歳	ジフテリアD	ワクチン ・ かかった	歳
はしか	ワクチン ・ かかった	歳	百日咳P	ワクチン ・ かかった	歳
風疹	ワクチン ・ かかった	歳	破傷風T	ワクチン ・ かかった	歳
おたふくかぜ	ワクチン ・ かかった	歳	日本脳炎	ワクチン ・ かかった	歳
水ぼうそう	ワクチン ・ かかった	歳	BCG ※	ワクチン	歳
ロタウィルス	ワクチン	歳	B型肝炎	ワクチン	歳
ヒブ	ワクチン	歳			歳
肺炎球菌	ワクチン	歳			歳

ジフテリア・百日咳・破傷風は3種混合ワクチンまたは2種混合ワクチンとして受けます。

※BCGは結核のワクチンです

11. 生活習慣（平日）

就寝時刻 _____ 時

起床時刻 _____ 時

テレビ・ビデオ視聴時間 _____ 時間

ゲーム遊戯時間 _____ 時間

パソコン _____ 時間

ケータイ _____ 円/月

携帯用ゲーム機で遊んでいますか はい いいえ

勉強 _____ 時間

習い事 _____

学習塾 _____

スポーツ _____

朝食を食べる はい ときどき いいえ

家族と一緒に夕食を食べる はい ときどき いいえ

親子でお話する／楽しい時間を過ごす はい ときどき いいえ

12. 生活習慣（土日祝日）：学校がお休みの日は何をしていますか？

- | | | | |
|-------------------|-----------------------------|-------------------------------|------------------------------|
| スポーツ活動がありますか？ | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> まあまあ | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 休息がとれていると思いますか？ | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> まあまあ | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 朝食を食べる | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> ときどき | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 家族と一緒に夕食を食べる | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> ときどき | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 親子でお話する／楽しい時間を過ごす | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> ときどき | <input type="checkbox"/> いいえ |