



# 初診時間診票

ふりがな:	男 ・ 女	生年月日 :	年	月	日
氏名:	_____		愛称:	_____	
住所:	〒	_____	電話番号 携帯:	_____	
			ご自宅:	_____	
ご実家より来院された方は 最寄りの連絡先	_____				
〒	_____		(	_____	方) 電話番号
	_____				

- 今日、どんなことで来院されましたか？  
いつ頃から

どのような症状ですか？

- 現在、他の病院で治療中の病気がありますか？ ( はい ・ いいえ )

病名あるいは症状

病院名:

年 月頃～



- 家族歴、アレルギー歴

お子様本人を含め、ご家族、親戚の方で、じんましん、鼻炎、喘息、喘息気管支炎、花粉症などのアレルギーや、薬に対するアレルギーの方はおられますか？ ( はい ・ いいえ )  
例) 兄 喘息 母 小児ぜんそく 父 副鼻腔炎 祖母 湿疹

その他; 心疾患、腎疾患、肝疾患、糖尿病、高血圧、膠原病、神経の病気のあるご家族、親戚の方はおられますか？ ( はい ・ いいえ )

- お子様本人がかかったことのある病気を○で囲んでください。

突発性発疹 みずぼうそう 風疹 はしか 手足口病 ヘルパンギーナ りんご病 おたふく  
百日咳 溶連菌感染症 尿路感染症 (膀胱炎・腎盂炎) ヘルペス 熱性痙攣 無熱性痙攣  
自家中毒症 肺炎 川崎病 白色便性下痢症 RS感染症 その他 ( )

- 予防接種で接種済みのものを○で囲んで下さい。

Hib 肺炎球菌 四種混合 B型肝炎 ロタ BCG MR(麻疹風疹混合)  
水痘 おたふく 日本脳炎 二種混合 その他 ( )

- 今までに、入院を必要とする病気をしましたか？ ( はい ・ いいえ )  
いつ頃・どんな病気ですか？

●生まれた時のことについて

- ・生まれた日は？ 在胎( )週 ( )日 予定日より(早・遅)かった
- ・生まれたときの体重は？ ( )g
- ・生まれたときすぐ泣きましたか？ ( はい・いいえ )
- ・妊娠中問題がありましたか？あれば○で囲んでください。  
出血 流産 中毒症(蛋白・浮腫・血圧) ひどいつわり その他
- ・出産後入院中、何か問題がありましたか？ ( はい・いいえ )

●乳幼児期のことについて

- ・栄養方法は ( 母乳・人工乳・混合 )
- ・離乳食はスムーズでしたか？ ( はい・いいえ )
- ・偏食は多いですか？ ( はい・いいえ )

●発達について

- ・首がすわる ( )ヶ月
- ・寝返り ( )ヶ月
- ・おすわり ( )ヶ月
- ・一人歩き ( )ヶ月
- ・意味のある言葉 ( )才 ( )ヶ月
- ・2語文 ( )才 ( )ヶ月
- ・人見知り(は？) ( つよい・有・無 ) ( )才 ( )ヶ月ごろ
- ・後追いは？ ( つよい・有・無 ) ( )才 ( )ヶ月ごろ
- ・母への甘えが一番つよいとき ( 有・無 ) ( )才 ( )ヶ月ごろ
- ・3才前後の反抗期は？ ( つよい・有・無 )
- ・友達選びの体験はスムーズですか？ ( はい・いいえ )
- ・まなざしは？ ( 合う・合いにくい・合わない )
- ・何かに固執 ( しない・する )



●ご家族についてうかがいます

・父 ( )才 ご職業	・母 ( )才 ご職業	・きょうだい( )才 ( 男・女 ) ( )才 ( 男・女 ) ( )才 ( 男・女 ) ( )才 ( 男・女 )
----------------	----------------	--

●その他同居している方はおられますか？ ( はい・いいえ )  
どなたですか？

●ペットを飼っていますか？ ( はい・いいえ )

・そのペットは何ですか？

・いつ頃から飼っていますか？

●何か心配なこと、希望することがありましたらお書きください。

●現在の体重をお書きください。 体重( )kg 身長( )cm

●こちらの病院をどのようにして知られましたか？

- ・人に聞いて
- ・電柱広告
- ・保健所より紹介
- ・他の医療機関より紹介 (病院名: )
- ・その他

