

予 診 表

国・社・家・本

ふりがな

氏 名

男 女

生年月日 大・昭・平 年 月 日生 才 ヶ月

住 所

電 話

携 帯

・妊娠中に異常がありましたか
無 有 ()

・分娩について
自然分娩 回 帝王切開 回

・お子様が生まれたときの体重 g
予定日より 日 早かった / 遅かった

・お子様が生まれたとき、何か異常がありましたか
無 有 ()

・生まれてから、今迄、知能、運動、言語等、順調に発達しましたか
はい いいえ ()

・家系に何か病気、または特殊な体質があるでしょうか
無 有 ()

・今迄、ひきつけを起こしたことがありますか
はい いいえ ()

・予防接種は済みましたか
ポリオ BCG 4・3種混合 麻しん 日本脳炎
風疹 水痘 おたふく インフルエンザ

・次のような体質があるでしょうか
湿疹 じん麻疹 喘息 自家中毒 アレルギー性鼻炎 花粉症

・合わない薬があるでしょうか
無 有 薬品名 ()

・予防接種は済みましたか
ポリオ BCG 4・3種混合 麻しん 日本脳炎
風疹 水痘 おたふく インフルエンザ

・今日、特に心配なことは何でしょう
①鼻汁 ②発熱 ③咳 ④ぜいぜい ⑤頭痛
⑥下痢 ⑦発疹 ⑧はきけ、嘔吐 ⑨腹痛 ⑩喉が痛い

・その症状はいつ頃から起こりましたか、○の中に上記の番号をご記入ください

○ 約 日前 または 約 時間前
○ 約 日前 または 約 時間前
○ 約 日前 または 約 時間前

・現在、何か薬を服用していますか
いいえ はい 薬品名 ()