小児外科問診票(Ⅰ．一般)

記入日：　　　　年　　　　月　　　　日

記載者：本人 ・ 父 ・ 母 ・ その他（　 　　　　）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 | 　　　年　　月　　日（　　歳　　 ｶ月） |
| 患者氏名 |  | 性別 | 男　・　女 |

※診断に必要な場合、外性器の診察を行う場合があります。

あらかじめ、ご理解いただきますようお願い致します。

※ご本人とご家族の身長・体重をご記入ください

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 続柄 | 年齢 | 身長 | 体重 |
| 父 | 歳　 | ｃｍ　 | ｋｇ　 |
| 母 | 歳　 | ｃｍ　 | ｋｇ　 |
| 兄・姉 | 歳　　　ｶ月　 | ｃｍ　 | ｋｇ　 |
| 兄・姉 | 歳　　　ｶ月　 | ｃｍ　 | ｋｇ　 |
| 本人 | 歳　　　ｶ月　 | ｃｍ　 | ｋｇ　 |
| 弟・妹 | 歳　　　ｶ月　 | ｃｍ　 | ｋｇ　 |
| 弟・妹 | 歳　　　ｶ月　 | ｃｍ　 | ｋｇ　 |

下記の項目について、ご記入または、〇をつけてください

１．どのような症状があり、ご来院されましたか

 包茎　/　足の付け根が腫れている（鼡径 ヘルニア）　/　でべそ（臍 ヘルニア）

 その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

２．その症状は、いつ頃気になりましたか

 　　　年　　　月　　　日頃　（　　　歳　　　ヵ月）から

３．現在、治療している病気はありますか

|  |  |
| --- | --- |
| 病名 | 時期（年齢） |
| なし / |  |

４．現在、使用している薬はありますか

|  |  |
| --- | --- |
| なし / |  |

５．今までにかかったことのある病気はありますか

|  |  |
| --- | --- |
| 病名 | 時期（年齢） |
| なし / |  |

６．今までに手術を受けたことはありますか

|  |  |
| --- | --- |
| 病名 | 時期（年齢） |
| なし / |  |

７．アレルギーはありますか

|  |  |
| --- | --- |
| 食べ物 | なし / 卵 / 乳・乳製品 / 小麦 / その他 |
| 薬剤 | なし / |
| その他 |  |

８．妊娠中・出産時の経過についてご記入ください

|  |  |
| --- | --- |
| １．妊娠中の異常 | なし / 妊娠糖尿病 / 妊娠高血圧症候群 / 切迫流産・早産 /　前置胎盤 / 胎盤機能不全 / その他（　　　　　　　　　　　　　 　　） |
| ２．在胎週数 | （　 　）週（　 　）日 |
| ３．分娩時の異常 | なし / 前・早期破水 / 微弱陣痛 / 臍帯巻絡 / 廻旋異常/墜落産その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ４．分娩方法 | 普通 / 吸引 / 鉗子 / 帝王切開 / その他頭位（正常）分娩 / 骨盤位（逆子）分娩 |
| ５．出生時体重 | （　　　　　g）出生時身長（　　　　㎝） |
| ６．出生時の異常 | なし / 仮死 / 黄疸（ 普通 / 強 / 光線療法 　日間 ）その他（　　　　　　　　　　　） |

９．当院をどのようにお知りになりましたか（他院からの紹介 ／ ホームページ ／ 看板 ／ その他 ）

ご記入ありがとうございました。その他、ご不安な点やご相談がありましたらご記入ください。

|  |
| --- |
|  |