

こどもの問診票

次の質問に○印、あるいはご記入ください。

フリガナ
お名前 _____ 生年月日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ご住所 _____

TEL (自宅) _____ (緊急連絡先) _____

今日は、どのような症状で来院されましたか。(それは、いつ頃からですか。)

- ・これまでに脳神経外科を受診された事がありますか。

いいえ はい (平成 _____ 年頃)

(本院 又は 他院 病名 _____)

- ・これまでに病気をされたことがありますか。

いいえ はい ぜんそく 花粉症 自家中毒 (周期性嘔吐症)

熱性けいれん 中耳炎 副鼻腔炎 (蓄膿症)

その他 (_____)

- ・現在、他の病気で治療を受けられたり、薬を服用されていますか。

いいえ はい (薬の名称: _____)

(薬をもらっている病院名: _____)

- ・特別な体質がありますか。

いいえ はい しっしん、かぶれ、じんましん、アレルギー、その他

- ・これまでに注射や薬で具合が悪くなったことがありますか。

いいえ はい (薬の名称: _____)

- ・これまでに麻酔をかけたり、手術をされたことがありますか。

いいえ はい (_____ 年頃) (病名: _____)

- ・現在の身長と体重はいくらですか? 身長 (_____) cm 体重 (_____) kg

- ・利き手はどちらですか。 右 左

- ・乳児の場合は現在可能な移動手段を選択してください。

背這い 寝返り 座位移動 ずり這い 高這い 伝い歩き 独歩

- ・頭痛で御相談の場合は以下の質問にもお答え下さい。

家族 (特に母親) に頭痛持ちの人はいませんか いない いる

よくおなかをこわして下痢や嘔吐をしていませんか いいえ はい