

# 子どもの問診票

次の質間に○印、あるいはご記入ください。

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 (薬の名前 : )  
(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 しつしん、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 (薬の名前 : )

・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