小児のカウンセリング問診票

|  |  |
| --- | --- |
| 　　　　年　　月　　日 記入 | TEL: |
| 氏名 | 男 女 | 満　　　才　　　ヶ月 |
| ①カウンセリングなさりたい症状はいつ頃から始まり、経過はどの様な具合ですか？（具体的に） |  |
| ②他に気付いて心配している事 |  |
| ③今までにかかった主な病気 | はしか　　　　　 みずぼうそう　 風疹　 おたふくかぜ百日咳　　　　　川崎病　　　　　ひきつけ　　　　　自家中毒症　　　　　喘息その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） |
| ④今までに入院した事は | ある→ | ( 　　　　　　　　　　　　　病院) |
| ない |
| ⑤出産の前後 | 生まれた時の体重 | ｇ |
| 予定日より | 　　　　　　　　日　　　　　　　　はやい　　　　　　　　丁度　　　　　　　　おそい |
| 妊娠中の状況 | 普通 　　　　　　むくみがあった　 尿に蛋白が出た血圧が高かった　 その他の異常　 つわり |
| 出産時 | 安産　　　　　　　難産　　　　　　　　　　　かん子分娩　　　　　　　　帝王切開その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）生まれてすぐ　　　　　　　　　　　　（泣いた/泣かなかった） |
| 　　　・首がすわった | 　　　　　　　　ヶ月頃 |
| 　　　・お座りができた | 　　　　　　　　ヶ月頃 |
| 　　　・たっちができた | 　　　　　　　　ヶ月頃 |
| 　　　・一人歩きができた | 　　　　　　　　年　　　　　　　　ヶ月頃 |
| ⑥今までにすませた予防注射 | 四種混合(DPT-IPV)　　三種混合（DPT）　　二種混合（DT）　　ポリオ(IPV)MR (麻疹、風疹)　　HIb（インフルエンザ菌ｂ型）　　PCV13（肺炎球菌）日本脳炎　　　　水痘　　　　おたふくかぜB型肝炎　　　　ロタウイルス　　　　HPV（ヒトパピローマウイルス） |
| ⑦BCGについて | 受けた／まだ受けていない |
| 最近受けたのは | 昭和平成　　　　年　　　　月頃 |
| ⑧家族について |  |  |  |  |
|  | 健康か病気中かあてはまる欄に○印を書き入れ病気中の方、持病のある方、大病にかかった方は病名を記入して下さい。 |
| 家族 | 年齢 | 健康 | 病気中 | 病名 |
| 父 | 才 |  |  |  |
| 母 | 才 |  |  |  |
| 第1児 | 才　　　男・女 |  |  |  |
| 第2児 | 才　　　男・女 |  |  |  |
| 第3児 | 才　　　男・女 |  |  |  |
| 第4児 | 才　　　男・女 |  |  |  |
| \*\*\*\*現在の状態\*\*\*\* |
|  |  |  |  |  |
| ＊機嫌は | 良い | 普通 | 悪い |  |
| ＊睡眠は | 良く寝る | 普通 | 眠れない |  |
| ＊食欲は | ある | 普通 | ない |  |
| ＊小便は | 昼間 | 　　　回 |  |  |
|  | 夜寝てから朝迄 | 　　　回 |  |  |
| ＊大便は | １日　　回で | 普通 | 下痢 | 便秘 |
|  |  |  |  |  |  |

＊当クリニックで定めた利用目的の範囲内で利用いたします。