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。