

# 小児科神経特診初回予診表

月 日 ID

ふりがな 氏名	性別 男 女	生年月日	年 月 日 ( 歳 ヶ月)
保護者氏名	関係	連絡先:	
①受診に至るまでの経過、経緯について教えてください。		(身長	cm)(体重 kg)
②保護者の方が困っていることは何ですか。			
③本人のようすについて ご記入ください。 1. 出生時の体重 … [ g ] 2. 生まれた病院名 … [ ] 3. 出生時の異常の有無について … [ 異常なし ・ 異常あり ] あると答えた方それはどんなことでしたか? [ ] 4. すでに歩行できるお子さんは歩き始めはいつ頃でしたか? … ( 才 カ月) 5. 幼稚園・保育園名・学校名 ( )才~( )才 ( )幼稚園・保育園 ( )才~( )才 ( )小学校			
④今までかかった病気を教えてください。 ( ) 1. 入院経験 [ ある・ない ] あると答えた方…何歳頃どんな病気でしたか? どちらへ入院されましたか? 病名( )入院施設( ) 2. 薬や食品のアレルギーの有無 ( ない ・ ある 薬の種類は… 食品は… ) 3. ひきつけ/けいれん の有無 [ ない ・ ある ] ある方 ( 熱性・その他 ) ・回数は ( 回 )			
⑤ 今まで受けた予防接種に○をつけ 回数をお答えください。 ・ヒブ ( 回 ) ・四種混合 ( 回 ) ・肺炎球菌 ( 回 ) ・B型肝炎 ( 回 ) ・ロタ ( 回 ) ・BCG ・おたふく ( 回 ) ・水ぼうそう ( 回 ) ・日本脳炎 ( 回 ) ・麻疹・風疹 ( 回 ) ・5種混合 ( 回 ) ・その他 ( )			
⑥家族構成について教えてください。 父 ( 才 ) 母 ( 才 ) 兄弟 (年齢と性別・ご本人は何番目ですか) ( ) その他同居しているご家族 ( )			

※当院では、学校や保育園・幼稚園などでの様子を確認し、診療の一助としております。また、診療を継続する上でもこういった施設との連携を重視しております。もし施設との連携に不都合がある方は、事前にお申し出ください。