

小児科神経特診初回予診表

月 日 ID

氏名	年齢	才	カ月
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どちらへ入院されましたか? 病名()入院施設() 2. 薬のアレルギーの有無 (ない ・ ある 薬の種類は…) 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。 ・ポリオ(回) ・BCG (回) ・三種混合(回) ・四種混合(回) ・ヒブ(回) ・肺炎球菌(回) ・おたふく (回) ・水ぼうそう (回) ・日本脳炎 (回) ・MR(麻疹・風疹混合) 第1期 第2期 ・子宮頸癌(回) ・その他(回)			
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()			