

受診される方のお名前 (ふりがな) 年齢 () 歳 男・女

ご住所 (〒 -)

ご連絡先 (電話番号) 携帯電話 ()

1. 出生時の状況について

- ①在胎週数 (週 日)
- ②出生体重 () g
- ③妊娠中、出生時に異常はありましたか
 なし あり ()

2. これまでにアレルギー反応が出たもの(食べ物・ほこり・花粉等)はありますか?

- なし あり ()

3. これまでにアレルギー反応の出た薬はありますか?

- なし あり ()

4. 現在、他の医療機関で診てもらっている病気はありますか?

- なし あり ()

5. 現在、長期間内服中の薬はありますか?

- なし あり ()

6. かかったことのある病気にチェックしてください

- 麻しん(はしか) 風しん 水ぼうそう おたふくかぜ アレルギー性鼻炎
- 百日咳 川崎病 喘息 じんましん アトピー性皮膚炎
- 熱性けいれん 無熱性けいれん その他 ()

7. 接種した事のあるすべてのワクチンと接種した回数を○で囲んでください

- Hib(ヒブ) (1回目・2回目・3回目・追加)
- 肺炎球菌 (1回目・2回目・3回目・追加)
- ロタウイルス (1回目・2回目・3回目)
- B型肝炎 (1回目・2回目・3回目)
- 三種混合 (1回目・2回目・3回目・追加)
- 不活化ポリオ (1回目・2回目・3回目・追加)
- 四種混合 (1回目・2回目・3回目・追加)
- BCG
- 生ポリオ (1回目・2回目)
- MR: 麻しん・風しん (1回目・2回目)
- 水ぼうそう (1回目・2回目)
- おたふくかぜ (1回目・2回目)
- 麻しん(はしか)
- 風しん
- 日本脳炎 (1期1回目・1期2回目・1期追加・2期)
- 二種混合
- その他 ()

2枚目に本日の問診記述をお願い致します

(フリガナ) お子様の名前	()	男・女	生年月日	平成 令和	年 月 日 (歳 カ月)
------------------	-----	-----	------	----------	------------------

肥満についての問診票

肥満の原因は多様です。御家族からお話を伺うことが診断の大きな手がかりとなります。このため、以下の内容につきまして分かる範囲でお答え下さい。また母子手帳、幼稚園／保育園、小学校などでの体重、身長記録などございましたらお持ち下さい。

- いつ頃から太りだしましたか _____ 頃より
- 出生時について
 - 出生時体重 _____ g ● 出生時身長 _____ cm ● 在胎週数 _____ 週
- 奇形などはありませんでしたか (あった・なかった・わからない)
- そのほか妊娠中、出生時、新生児期(生後1ヶ月まで)の異常がありましたら以下に御記入下さい

()

- 発達の遅れを指摘されたことがありますか (ある・ない・わからない)
- 学校での成績はどうですか (良い・ふつう・悪い)
- これまでに入院したことはありますか (ある：病名 _____ ・ ない)
- 病院でアレルギーと指摘されたことはありますか (ある・ない・わからない)
- 喘息、ネフローゼなどの病気で、ステロイドという種類の薬を長い間使っていたことはありませんか (使用中・以前使用・使っていない・わからない)
- 長期間飲んでいる薬などがありますか。あればわかる範囲で病気の名前と薬の名前を書いて下さい

()

- いびきがありますか (ある・ない)
- 睡眠時に息が止まることがありますか (ある・ない・わからない)
- 運動、部活動を何かやっていますか (運動名など： _____)
- 家の手伝いをしていますか (よくする・時々する・あまりしない・全くしない)
- テレビ、ゲーム、ビデオ、PCを合わせて一日何時間見て(して)いますか 約 _____ 時間
- 通学時間は片道どのくらいですか _____ 時間 _____ 分
- 起床時間、就寝時間を教えてください 起床 _____ 時ごろ ・ 就寝 _____ 時ごろ
- 朝食は摂っていますか (食べる・時々食べる・全く食べない)
- 給食のおかわりをしますか (よくする・時々する・全くしない)
- 間食はしますか (する・しない)

すると答えた方はいつ、どんなものを食べますか _____ 時ごろ ・ どんなものを _____

- 夕食は何時に摂っていますか _____ 時ごろ
- 夕食後寝るまでの間に何か食べますか (食べる・時々食べる・全く食べない)
- よく噛んで食べますか (よく噛む・よく噛まない)
- 御両親の身長、体重は 父：身長 _____ cm 体重 _____ kg 母：身長 _____ cm 体重 _____ kg
- お子様に御兄弟がいらっしゃれば、現在の身長、体重、性別、年齢を書いて下さい

身長 _____ cm 体重 _____ kg 性別 _____ 年齢 _____

身長 _____ cm 体重 _____ kg 性別 _____ 年齢 _____

- 御家族の中で以下の病気の方がいらっしゃいましたら御記入下さい

糖尿病： _____ 心筋梗塞： _____ 脳梗塞： _____
痛風： _____ 高脂血症： _____ 高血圧： _____

御協力いただきました内容は、お子様の今後の検査、治療に役立たせていただきます。