

問診票 (小児用)

小児整形・整形外科 きたのクリニック

記入日 年 月 日

お子様のお名前() フリガナ() (男・女) 歳 か月

身長 _____ cm 体重 _____ (g・kg) きょうだい _____ 人中 _____ 人目

緊急連絡先() お名前() 続柄()

以下のご記入をお願いいたします

	質問	回答欄	
Q1	発熱していますか？	<input type="checkbox"/> してない	<input type="checkbox"/> している (_____ °C)
Q2	本日の受診理由		
Q3	部位		
Q4	いつごろから		
Q5	きっかけ	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある (_____)
Q6	今回のことでの他病院での受診されましたか？	<input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> した 施設名(_____) 病名(_____) 診察日(_____)
Q7	同じ疾患、外傷に対してすでに治療を受けていますか？	<input type="checkbox"/> 受けていない	<input type="checkbox"/> 受けている(_____)
Q8	スポーツ歴	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある いつから (_____) 種目(_____) 練習頻度(_____)
Q9	きょうだい、両親、親戚の方に同じ症状の方や骨・関節疾患の方	<input type="checkbox"/> いない	<input type="checkbox"/> いる どなたが(_____) 病状または病名(_____)
Q10	薬や食べものなどによるアレルギーについて	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある(_____)
Q11	出生時の記録	妊娠期間 (_____)週 (_____)日、出生体重(_____)g 分娩方法 <input type="checkbox"/> 自然 <input type="checkbox"/> 誘発 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> その他 (_____) 胎位 <input type="checkbox"/> 頭位 <input type="checkbox"/> 骨盤位 <input type="checkbox"/> その他 (_____) 多胎 <input type="checkbox"/> 双子 <input type="checkbox"/> その他 (_____)	
Q12	発育状態について	① くびのすわり _____ か月 ② 寝返り _____ か月 ③ おすわり _____ か月 ④ はいはい _____ か月 ⑤ つかまり立 _____ 歳 _____ か月 ⑥ ひとり歩き _____ 歳 _____ か月	

個人情報は診療の目的だけに使用いたします