

たけつな小児科クリニック 初診問診票

平成 年 月 日

ふりがな		男	平成・昭和		体重
氏名		女	年 月 日生	歳	kg
住所	〒				体温 ℃
電話番号	(自宅)		(携帯)		

<本日受診された理由> (ID)

以下に○をつけてください。(複数可)

- ・発熱
- ・咳、鼻水
- ・嘔吐
- ・下痢
- ・湿疹
- ・水疱
- ・耳痛
- ・痛み(頭、胸、お腹、体、手、足、関節)
- ・その他()

<生まれた時の状況を教えてください>

- ・何週で生まれましたか? 週 日
- ・何グラムで生まれましたか? g
- ・妊娠中、分娩後に何か異常はありましたか? はい ・ いいえ
(「はい」とお答えの方は空欄に記入してください)

<今までかかったことのある病気、治療中の病気があれば教えてください>

当てはまる疾患に○をつけてください。また、いつから発症したか記入してください。

- ・アレルギー: 気管支喘息 アトピー性皮膚炎 鼻炎 花粉症
- ・神経疾患: 熱性けいれん てんかん 発達
- ・心疾患: 先天性心疾患 不整脈 川崎病
- ・その他 () (発症時期 頃から)

<アレルギーについてお尋ねします>

- お薬・食べ物でアレルギーが出たことはありますか? はい ・ いいえ
- 「はい」とお答えになった方は空欄にアレルギーが出た物、症状を記載してください。
- アレルギーが出た物() 症状()

<今飲んでいるお薬についてお尋ねします>

他院で処方されたお薬、毎日飲んでいるお薬の名前を空欄に記入してください

<予防接種についてお尋ねします>

- ここ1ヶ月以内に予防接種をしましたか? はい ・ いいえ
- 「はい」とお答えになった方は空欄に接種した日にちと種類に○記入してください
- 接種日 月 日
- 接種内容 B型肝炎 ヒブ 肺炎球菌 ロタ 4種混合 BCG 水痘 麻疹風疹(MR)
日本脳炎 おたふく その他()

<ご家族についてお尋ねします>

ご家族の中で今までかかった病気、治療中の病気があれば記入してください