

たけつな小児科クリニック 初診問診票

令和 年 月 日

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

<本日受診された理由>

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 ()
- ・病児保育室バンビ利用許可書 要 ・ 不要

<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 () (発生時期 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アレルギーが出た物、症状を記入してください。

アレルギーが出た物 () 症状 ()

<今飲んでお薬についてお尋ねします>

他院で処方されたお薬、毎日飲んでお薬の名前を記入してください。

()

<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接種した日にちとワクチンの種類を記入してください。

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 ()

<当院を受診するきっかけを教えてください>

友達の紹介 広報誌 看板 ホームページ インターネット 家が近隣

家族が受診したことがあるから その他 ()