



# 問診票（はじめて受診される方）

# 1才未満

記入日 平成 年 月 日

☆発疹（ぶつぶつ）等があり、感染する可能性が疑われる場合、あらかじめ受付へお申し出ください。

ふりがな

お名前 \_\_\_\_\_ 男 ・ 女 \_\_\_\_\_

生年月日 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 （ \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ ヶ月）

ご住所 〒 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

お電話番号 \_\_\_\_\_ 携帯電話番号 \_\_\_\_\_

現在の体温 \_\_\_\_\_ °C

体重 \_\_\_\_\_ kg (わかっている方はご記入をお願いします)

1. いつからどのような症状がありますか？

[ \_\_\_\_\_ ]

2. 今回の事で他の病院へ受診されましたか？ いいえ・はい（病院名 \_\_\_\_\_）

現在使用している薬があれば全てお書きください

[ \_\_\_\_\_ ]

3. 現在の集団生活 なし・あり \_\_\_\_\_（園名・クラス）

ごきょうだいはいらっしゃいますか？ いいえ・はい（ \_\_\_\_\_ 人きょうだいの \_\_\_\_\_ 番目）

4. 在胎（ \_\_\_\_\_ 週 \_\_\_\_\_ 日）で出生 生まれた時の体重（ \_\_\_\_\_ g）

出生時のことで伝えておきたいこと（ \_\_\_\_\_ ）

栄養法 母乳 ・ 混合 ・ ミルクのみ \_\_\_\_\_ 離乳食（ \_\_\_\_\_ 回食）

5. 食物アレルギーの有無 \_\_\_\_\_ ない・ある（食品名 \_\_\_\_\_）

6. 薬に対するアレルギーの有無 \_\_\_\_\_ ない・ある（薬品名 \_\_\_\_\_）

7. お薬を飲んだことがありますか？ いいえ・苦手・はい（水薬・粉薬）

8. お子さんが今まで何か病気にかかるか、あるいは手術した事がありますか？

ひきつけ（けいれん）・心臓病・川崎病・腎臓病・百日咳・みずぼうそう・おたふく・風疹・麻疹

アトピー性皮膚炎・喘息・肺炎・花粉症・ヘルニア・その他（ \_\_\_\_\_ ）

入院した事があれば、病名（ \_\_\_\_\_ ） いつ（ \_\_\_\_\_ ） どこで（ \_\_\_\_\_ ）

9. 予防接種歴（母子手帳をみてわかる範囲で） BCG・不活化ポリオ（ \_\_\_\_\_ 回）・DPT(三種混合)（ \_\_\_\_\_ 回）

ヒブ（ \_\_\_\_\_ 回）・肺炎球菌（ \_\_\_\_\_ 回）・四種混合（ \_\_\_\_\_ 回）・B型肝炎ワクチン（ \_\_\_\_\_ 回）・ロタ（ \_\_\_\_\_ 回）

10. 当院をどこで知りましたか？

チラシ・インターネット・知り合いからきいた・近所・その他（ \_\_\_\_\_ ）

11. ご質問・ご要望などございましたらご記入ください

[ \_\_\_\_\_ ]

☆・★・☆・★・☆・★・☆・★・☆・★・☆・★・☆・★・☆・★・☆・~~~~きららこどもクリニック~~~~