

問診票 (こども用)

ふりがな _____ 記入日 → _____ 年 _____ 月 _____ 日
氏名 _____ 男 女
生年月日 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳 _____ 月) 最近の体重 (_____) kg・g
〒 _____ 住所 _____

連絡先 (必ず連絡のとれる番号) 携帯・電話 _____

(_____) 人兄弟の (_____) 番目 祖父母の同居 (あり・なし)、ペット (いる (名前) _____ ・いない)

1 いつからどのような症状ですか? 具体的にご記入下さい

熱 (_____)

かぜ (咳・鼻水・のどの痛みなど _____)

おなか (はきけ、下痢、腹痛など _____)

その他 (_____)

今飲んでいるお薬はありますか? お薬手帳をお持ちでしたらお出し下さい。

(_____)

2 生まれたとき、新生児期の状況

生まれた時の体重 (_____ g) 週数 (_____ 週 _____ 日) 仮死 あり・なし

出生時~1ヶ月くらいまでの間に、何か問題はありましたか (_____)

3 予防接種で終了したものに○

ヒブ (1・2・3回目・追加)、小児用肺炎球菌 (1・2・3回目・追加)

三・四種混合 (1・2・3回目・追加)、ポリオ (生1・2回目、不活化1・2・3・4回目)

B型肝炎 (1・2・3回目)、ロタリックス (1・2回目)、BCG

MR (1・2期)、日本脳炎 (1・2回・追加・2期)、二種混合

水ぼうそう (1・2回目)、おたふくかぜ (1・2回目)、その他 (_____)

4 今までにかかったことのある病気

麻疹、風疹、水ぼうそう、おたふくかぜ、突発性発疹、気管支喘息、花粉症、アトピー性皮膚炎

ひきつけ・けいれん (熱あり・なし、 _____ 歳から _____ 回、最終 _____ 年 _____ 月ごろ)

その他の病気、手術、入院歴など (_____)

5 アレルギー

食べ物・薬品のアレルギー (副作用) はありますか → ない・ある (品名 _____)

6 ご家族について

アレルギー体質の方はいますか → いない・いる (_____)

大きな病気をしたり、持病のある方はいますか → いない・いる (_____)

タバコを吸う方はいますか → いない・いる (_____)

7 そのほか伝えておきたいことがございましたらご記入ください

8 当クリニックを何でお知りになりましたか? インターネット、ホームページ、家族・兄弟のかかりつけ、
知人の紹介 (_____)、電話帳、看板、電柱看板、その他 (_____)

