

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 _____ ヶ月) 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 (_____)

