

# 初診問診票

～はじめて来院された方へ～

\*以下は診察に必要な事柄ですのでご協力ください。

尚、ご記入いただいた情報は大切に管理し、診察行為のみにご使用いたします。

初診問診票の提出順により、診察の順番が前後する場合がありますので、ご了承の程お願い申し上げます。

平成 年 月 日

ふりがな		男 ・ 女	平成 年 月 日生( 歳)
お名前	様		被保険者(世帯主)との続柄
〒	〒	電話	自宅 ( ) 携帯(緊急連絡先) ( )
学校・保育園・幼稚園		体重	kg

## 1. 今日どのようなことでこられましたか？

熱( 度), せき, 鼻水, 下痢, 嘔吐, 腹痛, 頭痛, 発疹, のどの痛み, 食欲がない  
血便, 育児相談, その他 \_\_\_\_\_

・その症状はいつから始まりましたか \_\_\_\_\_

## 2. 出生時のようすについて

出生時体重( g), 分娩時・出生時の状態(正常・異常)  
予定日より( 日) → 早かった, 遅かった, 予定通り

## 3. 今まで病気にかかったことがありますか？

百日咳, はしか(麻疹), 水痘(みずぼうそう), ムンプス(おたふくかぜ), 風疹,  
突発性発疹症, ひきつけ, その他 \_\_\_\_\_

## 4. 今までに大きな病気や入院をしたことがありますか？

ない, ある(その病名 \_\_\_\_\_)

## 5. 今までに受けた予防接種はありますか？

BCG, ポリオ(1, 2, 3回, 追加), 三種混合(1, 2, 3回, 追加), 四種混合(1, 2, 3回, 追加),  
二種混合, B型肝炎(1, 2, 3回), ロタウイルス(1, 2, 3回), 小児肺炎球菌(1, 2, 3回, 追加),  
ヒブ(1, 2, 3回, 追加), MR(麻疹, 風疹)(1, 2回), 日本脳炎(1, 2回, 追加, 2期),  
水痘(みずぼうそう)(1, 2回), ムンプス(おたふくかぜ)(1, 2回), 子宮頸がんワクチン(1, 2, 3回)

## 6. 下記のアレルギー性疾患のうち今までに指摘されたことがありますか？

気管支ぜんそく, アレルギー性鼻炎, アトピー性皮膚炎, じんましん, 食物アレルギー

## 7. ご家族の方の病気について

アレルギー体質の方がいますか → いる, いない, わからない  
大きな病気や慢性病にかかった方はいますか → いる, いない, わからない

## 8. 体質について

・食べ物, 薬, 注射等で発疹が出たことがありますか  
ない, ある(品名 \_\_\_\_\_)

・よく風邪をひく, よく熱を出す, よく下痢をする, ゼーゼーしやすい

## 9. どんなお乳で育てましたか

母乳, 人工乳, 混合

## 10. 乳幼児の発育について

笑う( 月), 首のすわり( 月), お座り( 月), 歩きはじめ( 月)

## 11. 当院を知ったきっかけは何ですか？

ネット検索(ホームページ, その他のサイト \_\_\_\_\_), 知人の紹介, 買い物のついで  
近隣に住んでいる, 新聞の折り込み, その他( \_\_\_\_\_)