

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。

年 月 日

| | | | |
|-----------|-----|---------------------|-----------------------|
| ふりがな | | | |
| お名前 | 男・女 | (西暦) 年 月 日生 (歳) | |
| | | E-mail ※必ずご記入下さい | |
| ご住所 | 〒 | 電話 | 2つ以上ご記入ください ● ● |
| 学校・保育・幼稚園 | | | 体重 kg |

1. 今日どのようなことでられましたか？

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・出産時の状態(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はいますか → 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, 注射等で発疹がで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, 買い物について
近隣に住んでいる, 新聞の折り込み, その他()

ヒバリこどもクリニック