

問診票（はじめて受診される方）

1才以上

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・校名・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. 食物アレルギーの有無 _____ ない・ある（食品名 _____）

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

6. お薬は飲めますか _____ いいえ・苦手・はい（水薬・粉薬・錠剤・カプセル）

7. 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（ _____ ）

8. 予防接種歴（母子手帳をみてわかる範囲で）

BCG・ポリオ生（ _____ 回）・不活化ポリオ（ _____ 回）・DPT（三種混合）（ _____ 回）・ヒブ（ _____ 回）・肺炎球菌（ _____ 回）

MR（麻疹・風疹）（ _____ 回）・日本脳炎（ _____ 回）・四種混合（ _____ 回）

みずぼうそう（ _____ 回）・おたふく（ _____ 回）・B型肝炎ワクチン（ _____ 回）・ロタ（ _____ 回）・子宮頸がん（ _____ 回）

9. 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（ _____ ）

10. 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~~~~

この質問票に記載していただきました個人情報、当院の診療以外の目的では使用致しません