

問 診 票

フリガナ

【氏名】 _____ 【生年月日】 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (満 _____ 歳 _____ か月)

【住所】 _____ (〒 _____) _____ 市

【電話番号】 _____ (_____) _____ 【現在の体重】 _____ kg

【生活の場】 自宅 ・ 幼稚園 ・ 保育園 ・ 小学校 ・ 中学校 ・ その他 (_____)

●いつからどのような症状でお困りですか。具体的にお答え下さい。

(例) 2日前から37.6度の熱があり、吐気と腹痛を伴う。

1. お生まれになった時のことについてお伺いします。 (乳児の場合)

- ・ 妊娠中の異常： なし ・ あり (_____)
- ・ 在胎週数： _____ 週 _____ 日 (予定日 _____ 月 _____ 日) ・ 出生場所： _____
- ・ 分娩： 普通 ・ 吸引 ・ 鉗子 ・ 帝王切開 ・ その他 (_____) ・ 入院期間 _____ 日
- ・ 出生体重： _____ g
- ・ 出生時の状態： 良 ・ 不良
- ・ 出生時の処置： なし ・ 保育器 ・ 光線療法 ・ その他 (_____)
- ・ 乳幼児健診での異常の指摘： なし ・ あり (_____)

2. 今までにお子様が発された病気についてご記入ください。

- ・ 大きな病気、入院、手術の経験はありますか？
時期：(_____) 病名：(_____)
- ・ 下記の中に発されたことのある病気がありますか？○をつけてください。

はしか	風疹	水痘	おたふく	百日咳	喘息	ひきつけ	その他 (_____)
_____ 歳	_____ 歳	_____ 歳	_____ 歳	_____ 歳	_____ 歳	_____ 歳	_____ 歳

- ・ 下記予防接種で済んでいるものにチェックをつけてください。
 BCG ・ ポリオ ・ 三種混合 (DPT) 1回目, 2回目, 3回目, 追加 ・ MR ・ 水痘
 おたふく ・ はしか ・ Hib

3. 家族構成についてお伺いします。

名前	続柄	生年月日	年齢	職業	既往症・アレルギー

4. お薬のアレルギーはありますか？

なし ・ あり (薬の名前： _____)

5. 当院にいらしたきっかけを教えてください

- 通りがかりに当院を見つけた 知人の紹介・勧め かかりつけ医師の紹介 ホームページを見て
 facebookページを見て 電柱看板を見て その他 (_____)

ご記入有難うございました。受付にご提出ください。