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）	
			被保険者（世帯主）との続柄	
ご住所	〒	電話	連絡先は2つ以上ご記入ください	
			●連絡先①	
			●連絡先②	
		体重	kg	
学校・保育園・幼稚園		E-mail	@ gmail.com　／yahoo.co.jp　／icloud.com docomo.ne.jp　／ezweb.ne.jp　／i.softbank.jp	

1. 今日は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?　（母子手帳を提出頂ければ無記入で結構です）
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，追加），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指摘されたことはありますか?
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. 乳幼児の発育について
笑う（　ヵ月），首のすわり（　ヵ月），お座り（　ヵ月），歩きはじめ（　ヵ月）

10. 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，電柱，その他（　）

ヒバリこどもクリニック