問　診　票

ふりがな	生年月日		
お名前	H・R　　年　　月　　日生	歳	男・女
ご住所：〒			
電話番号：携帯　　（　母・父　）自宅			

1）本日はどのようなことでおいでになりましたか？
発熱（　　℃）・　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・発達相談・その他（　　）
その症状はいつ頃からですか？（　　前頃から）　※体重（＿＿＿＿＿＿kg）

2）出生時の様子について
妊娠週数（　　週）出生体重（　　g）・分娩時、出生時の状態（　正常・異常　）

3）今までに以下の病気にかかったことがありますか？
百日咳・はしか（麻疹）・みずぼうそう（水痘）・おたふくかぜ（流行性耳下腺炎）
風しん・突発性発疹・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？
ロタウイルス（1・2・3）・Ｈｉｂ（1・2・3・追加）・肺炎球菌（1・2・3・追加）
４種混合（1・2・3・追加）・Ｂ型肝炎（1・2・3）・　ＢＣＧ
ＭＲ〔麻疹・風疹〕（1・2）・おたふく（1・2）・みずぼうそう〔水痘〕（1・2）
日本脳炎Ⅰ期（1・2・追加）Ⅱ期　・　ＤＴ
ポリオ（1・2・3・追加）・３種混合（1・2・3・追加）・　子宮頸がん

6）これまでの乳児健診や学校健診で指摘はありましたか？
ない・あった（　　）

7）下記のアレルギー疾患のうち、今までに指摘されたことがありますか？
気管支喘息・アレルギー性鼻炎（花粉症も含む）・アトピー性皮膚炎
食物アレルギー（　　）

8）ご家族構成について　家族構成（父・母・兄・姉・弟・妹・他（　　）
アレルギーの方がいますか？　いる・いない・わからない
大きな病気や慢性疾患にかかった方はいますか？　いる・いない・わからない

9）体質について
・よく風邪をひく・よく熱を出す・よく下痢をする・ゼーゼーいいやすい
・薬、注射等で発疹が出たことがありますか？
　ない・ある（品名：　　）

１０）当院を何でお知りになりましたか？
知人の紹介・インターネット・近隣に住んでいる・その他（　　）

おむすび小児科クリニック