こども用問診票（初診）

ふりがな				
お名前	（男・女）			
生年月日	平成　　年　　月　　日　（　　歳　　ヶ月）			
住所	〒			
電話番号	自宅		携帯	
学校（または園）				

◎診療明細書の発行を希望されますか？　　はい　・　いいえ

以下、わかる範囲でご記入下さい。

◎赤ちゃんの頃の状況を教えてください。

在胎週数	週　　日	出生時体重	g
妊娠中や出生時に異常を指摘されたことはございますか？　　あり　・　なし			
「あり」の場合、具体的に			
首がすわった時期はいつですか？	歳　　ヶ月		
歩いた時期はいつですか？	歳　　ヶ月		
自分の名前を言い始めた時期はいつですか？	歳　　ヶ月		

◎今までにかかったことのある病気に〇をお付けください。

麻疹・風疹・水痘・おたふくかぜ・百日咳・リンゴ病・手足口病・喘息・アトピー性皮膚炎・じんま疹
花粉症・アレルギー性鼻炎・アレルギー性結膜炎・免疫不全・心臓病・腎臓病・肝臓病・けいれん
代謝性疾患・先天異常・その他（具体的な病名）（　　）

◎入院されたことはありますか？

なし　・　あり　　いつ（　　）　どんな病気（　　）
どこの病院（　　）

◎いつも飲んでいる（使っている）お薬はありますか？

なし　・　あり　　お薬の名前（　　）

◎すでに受けた予防接種に〇をお付けください。

肺炎球菌〈１回目・２回目・３回目・追加〉
ヒブ〈１回目・２回目・３回目・追加〉　　Ｂ型肝炎〈１回目・２回目・３回目〉
ロタ：　ロタリックス〈１回目・２回目〉　　ロタテック〈１回目・２回目・３回目〉
ＤＰＴ-ＩＰＶ（四種混合）〈Ⅰ期　１回目・２回目・３回目・追加〉　　ＤＴ（二種混合）
ＢＣＧ　　生ポリオ〈１回目・２回目〉　　不活化ポリオ〈１回目・２回目・３回目・追加〉
ＭＲ（麻疹・風疹）〈Ⅰ期・Ⅱ期〉　みずぼうそう〈１回目・２回目〉　おたふくかぜ〈１回目・２回目〉
日本脳炎〈Ⅰ期１回目・２回目・追加・Ⅱ期〉　　子宮頸がん〈１回目・２回目・３回目〉

◎お薬や食べ物のアレルギーはありますか？　お薬で具合が悪くなったことがありますか？

なし　・　あり　　（　　）

◎家族構成　　同居なさっている方を〇で囲んでください。

おとうさん　お母さん　おじいちゃん(父方)　おばあちゃん(父方)　おじいちゃん(母方)　おばあちゃん(母方)
兄（　）歳　　姉（　）歳　　弟（　）歳　　妹（　）歳　　その他（　　）

◎ご家族や親戚の方で下記の病気といわれた方はいますか？（どなたが？）

喘息（　　）・アトピー性皮膚炎（　　）・花粉症（　　）・アレルギー性鼻炎（　　）
アレルギー性結膜炎（　　）・食物アレルギー（　　）・けいれん（　　）・糖尿病（　　）
心臓病（　　）・腎臓病（　　）・肝炎（　　）・がん（　　）・免疫不全（　　）・膠原病（　　）

◎来院されたきっかけは何ですか？

知人･家族からのご紹介（　　）・ホームページを見て　・通り道で　・広告で（パンフレット、チラシなど）
電柱看板　・タウンページを見て　・近いから　・当院かかりつけ(前に来たことがある)・その他(　　)

耳鼻科・小児科
南新宿クリニック