



## はじめて受診される方の問診票

記入日 年 月 日

|                  |                |            |
|------------------|----------------|------------|
| フリガナ             | 男              | 生年月日       |
| お名前 ( ) 歳        | 女              | 年 月 日      |
| ご住所 〒            | お電話番号 ( )      |            |
| ( ) 人兄弟姉妹の( ) 番目 | 学校・幼稚園・保育所 ( ) | 体重 ( ) k g |

●今日の受診される目的は何ですか。 ①診察 ②予防接種 ③健診（乳幼児健診・心臓・腎臓）

①の場合はどんな症状がありますか？

( )

●以下のことについてお分かりになる範囲でご記入ください。

1) 出産・発育

①妊娠 ( ) 週に ( ) g で出生

②妊娠中や新生児期はどうでしたか？ 正常 異常 ( )

③今までの発達や発育はどうでしたか？ 正常 異常 ( )

2) 今までに受けた予防接種に○をつけてください。

- ・ヒブ
- ・肺炎球菌
- ・B型肝炎
- ・ロタ
- ・三種混合（DPT）
- ・四種混合（DPT-IPV）
- ・BCG
- ・経口ポリオワクチン（OPV）
- ・不活化ポリオワクチン（IPV）
- ・麻疹風疹混合（MR）
- ・水ぼうそう
- ・おたふくかぜ
- ・日本脳炎
- ・2種混合（DT）
- ・ヒトパピローマウイルス（HPV）

3) アレルギーはありますか？ なし あり

薬剤 ( )

食物 ( )

ダニ、ホコリ、花粉、動物その他 ( )

4) お子様が今までにかかった病気に○をつけてください。

突発性発疹症 中耳炎 水ぼうそう おたふくかぜ 熱性けいれん 湿疹 アトピー性皮膚炎 花粉症  
喘息 喘息性気管支炎 その他 ( )

5) ご家族の病気について当てはまるものに○をつけてください。

花粉症 喘息 腎臓病 心臓病 糖尿病 高血圧 けいれん 結核  
その他 ( )

6) 喫煙されるご家族はいますか？ いいえ はい ( )

7) ペットは飼っていますか？ いいえ はい ( )

8) その他相談したいことがあればお書きください。

.....

.....

.....

くぼ 小児科 クリニック

