



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

