記入日　平成　　年　　月　　日

問診票（初診用）

まえかわこどもクリニック

ふりがな お名前　　男 女	生年月日　　年　　月　　日 （年齢　　歳　　ヶ月）
ご住所　〒(　　-　　)	電話番号　(　　-　　-　　) 携帯電話　(　　-　　-　　)

以下の項目について、お分かりになる範囲で○をつけてご記入ください。

①出産・発育について
出生：（　　）週（　　）日で出生　　出生体重（　　g）　出生身長（　　cm）
黄疸：なし　　少しあり　　あり→　光線療法　・　交換輸血
乳児期の栄養方法：　母乳　　混合　　人工乳
発育について：　心配がある　・　指導を受けたことがある　・　特に心配はない

②兄弟姉妹が　　いない　・　いる　→　男・女（　　歳）　　男・女（　　歳）
男・女（　　歳）　　男・女（　　歳）

③今までにかかった病気、もしくは現在、通院・治療中の病気について
突発性発疹　　風疹　　はしか　　おたふくかぜ　　百日咳　　水ぼうそう　　肺炎
けいれん　　喘息　　アトピー性皮膚炎　　アレルギー性鼻炎　　花粉症　　発達障がい
その他の病気（　　）
入院したことがあればご記入ください。（　　）

④予防接種について
ヒブ（Hib）（未・１回・２回・３回・追加）　　小児肺炎球菌（未・１回・２回・３回・追加）
四種混合（未・１回・２回・３回・追加）　　BCG（未・済）
麻しん・風しん（MR）（未・１期・２期）　　水ぼうそう（未・１回・２回）
日本脳炎（未・１回・２回・第１期追加・第２期）　　B型肝炎（未・１回・２回・３回）
ロタウィルス（種類：ロタテック・ロタリックス）（未・1回・２回・３回）
二種混合（ジフテリア・破傷風）（未・済）　　おたふく風邪（未・１回・２回）
子宮頸がん（HPV）（１回・２回・３回）　　ポリオ単独（未・済）
はしか単独（未・済）　　風疹単独（未・済）

⑤食物アレルギー　　なし　・　あり　→（　対象食物：　　）

⑥薬物アレルギー　　なし　・　あり　→（　対象薬剤：　　）

⑦ご家族について
タバコを吸う方はおられますか？　　いない　・　いる
アレルギー体質の方はおられますか？　　どなたですか？（　　）
（喘息　・　アトピー　・　食物アレルギー　・　花粉症　・　鼻炎　・　薬物アレルギー　・　他）
次の病気にかかったことのある方はおられますか？　　どなたですか？（　　）
けいれん　・心臓病　・　腎臓病　・　肝臓病　・　血液疾患　・　結核　・　遺伝性疾患

⑧当院を受診された理由を教えてください。（複数回答可）
１、近所だから　　２、看板　　３、医院広告のチラシ　　４、ホームページ
５、お知り合いからの口コミ（　　）
６、その他（　　）

ご協力ありがとうございました。