記入日　西暦　　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<br>お名前　　男<br>女 | 生年月日 西暦　　年　　月　　日<br>（年齢　　歳　　ヶ月） |
|---|---|
| ご住所　〒(　　-　　) | 電話番号　(　　-　　-　　)<br>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・三種混合（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　どなたですか？（　　）
・次の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。**