初診時問診票

平成　　年　　月　　日

フリガナ		大・昭・平	年　月　日生
お名前	男・女	ＴＥＬ	（　）　-
ご住所			

身長：（　　）ｃｍ　体重：（　　）ｋｇ　体温：（　　）℃

今日はどうなさいましたか？（いつから　どのような症状）

今日相談したいことがありますか

1. 在胎週数（　）週　出生体重（　　）ｇ
2. 分娩方法　□正常分娩　□吸引分娩　□鉗子分娩　□帝王切開
3. 妊娠中の異常（なし・あり）□切迫流早産　□妊娠高血圧症候群　□貧血　□便秘
   その他（　　）
4. 新生児期の異常　（なし・あり）□新生児仮死　□黄疸治療　□人工呼吸　□心臓病
5. いままでかかった重い病気はありますか　（なし・あり）（　　）
6. 既に受けている予防接種
   １才以下：□肺炎球菌（１・２・３）□ヒブワクチン（１・２・３）□Ｂ型肝炎（１・２・３）
   □ロタウイルス（１・２・３）　□四種混合１期（１・２・３）　□ＢＣＧ
   １～６才：□ＭＲワクチン１期　□水痘（１・２回）□おたふくかぜ（１・２回）
   □肺炎球菌追加　□ヒブワクチン追加　□四種混合１期追加　□ポリオ
   □日本脳炎１期（１・２・追加）　□ＭＲワクチン２期　□三種混合
   ７～１２才：□日本脳炎２期　□二種混合　□三種混合　□その他（　　）
7. 今までかかった主な感染症　□水痘　□おたふくかぜ　□麻疹　□風疹
8. アレルギーの有無　（なし・あり）（喘息　アトピー性皮膚炎　アレルギー性鼻炎　花粉症）
9. 食物アレルギー　（なし・あり）　□卵　□牛乳　□大豆　□小麦　□その他（　　）
10. 薬物アレルギー・副作用　（なし・あり）（　　）
11. 現在通院していますか？　他小児科　耳鼻科　眼科　その他（　　）
    【医療機関名：　　】
12. 現在内服している薬がありますか　（なし・あり）（　　）

当院をどのようにお知りになられたか差し伝えなければ○で囲んでください
看板　広告　電話帳　ホームページ　知り合いなどから　その他（　　）

診療についての明細書はどのようにされますか。○で囲んでください。　必要　不要

ご記入ありがとうございました。

にしお小児科

2017.8