



問診票(初診用)

くつまこどもクリニック

★初回のみお手数ですがご記入お願い致します★

ふりがな お名前	男 女	生年月日 西暦	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いま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 ・ぜんそく ・アトピー性皮膚炎 ・花粉症 ・発達障害
- 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)
- 麻疹・風疹(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)
- ロタウイルス(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 →(対象薬物:)

⑦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)
- 次に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)インターネット上の記事 2)電柱看板 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)ネットでの口コミ(サイト:)
- 7)ご家族が受診されている(診察券番号: , お名前:)
(診察券番号: , お名前: /診察券番号: , お名前:)
- 8)その他()

※症状の経過を確認するために、お電話をさせていただくことがございますのでご了承ください※

ご協力ありがとうございました。

問診票(診察用)

くつまこどもクリニック

ふりがな		性別	記入日 西暦()年()月()日	
お名前			男	年齢(歳 ヶ月)体温()°C
			女	身長()cm 体重()kg

当てはまる症状に○をつけて、症状が出てきた月日を(/)にご記入ください。

☆今日はどうされましたか？(・診察・再診指示・鼻吸い・喘息の薬・アレルギーの薬・書類・その他())

☆わかる範囲で下記の当てはまる症状に○をつけてください。

- ・発熱 (/) ()時頃からの発熱 最高()°C
- ・せき (/)から (乾いた咳 痰がらみ ゼーゼー ケンケン)
- ・鼻水 (/)から (鼻づまり 黄緑色 透明)
- ・嘔吐 (/)から 1日()回 (突然吐く 咳き込んで吐く)
- ・下痢 (/)から 1日()回 (水様 泥状 血便 白色)
- ・腹痛 (/)から (ずっと ときどき)
- ・便秘 (/)から便が出ていない もともと()日に1回ペース
- ・皮膚症状 (/)から (頭 顔 口 体 おしり 手 足;水疱、乾燥)
- ・その他 (/)から ()

* 食事は (いつも通り / 少なめ / 全くとれない)→(/)から

* 水分は (いつも通り / 少なめ / 全くとれない)→(/)から

* おしっこは (いつも通り / 少なめ / 全く出ない)→(/)から

☆お薬希望は(粉薬 ・ シロップ ・ 錠剤) 解熱剤は(要 ・ 不要)・(坐薬 ・ 飲み薬)

ほかに相談したいことがあれば下記にご記入ください。

()

※症状の経過を確認するために、お電話をさせていただくことがございますのでご了承ください※