

小児用 診療申し込み・問診票

*この情報は診療目的以外に使用することはありません

フリガナ 氏名		男 女	生年 月日	平成・令和 年 月 日
住所	〒		電話	

(記入者指名 続柄)

*下記の項目について今後の重要な診療の参考となりますのでご記入ください。

1. 本日受診することになった主な症状は？

いつごろから？ どのような症状

2. 今日熱はありますか？ なし ・ あり → °C(平熱 °C)

3. 1か月以内に海外渡航歴はありますか？ なし ・ あり(国名:)

4. 生まれた時の状態は？

出生体重 _____g 予定通り ・ 予定日より _____日 早い ・ 遅い
正常分娩 ・ 異常分娩()

5. 最近の体重: kg(年 月)

6. 家族の病気あるいは体質(ある場合は()内に記入)

父() ・ 母() ・ 兄弟(人) ・ その他()

7. 予防接種

BCG(済 ・ 未) / ポリオ(回済 ・ 未) / 四混(I期 回 ・ II期済 ・ 未)
日本脳炎(回済 ・ 未) / MR【麻疹・風疹】(回済 ・ 未) / ヒブ(回済 ・ 未)
肺炎球菌(回済 ・ 未) / 水痘(回済 ・ 未) / おたふくかぜ(回済 ・ 未)
ロタ(回済 ・ 未) / シナジス(回済 ・ 未) / 子宮頸がん(回済 ・ 未)
B型ワクチン(回済 ・ 未) / その他()

8. 予防接種前にかかってしまった病気

麻疹(歳) / 風疹(歳) / 水痘(歳) / おたふくかぜ(歳)

9. 今までにかかった病気

へんとう腺炎(歳) / 肺炎(歳) / 中耳炎(歳) / 喘息(歳)
アトピー性皮膚炎(歳) / ひきつけ(歳) / その他(病名:)(歳)

10. 今までに薬や食べ物に対するアレルギー(蕁麻疹が出たり、気分が悪くなったりしたことがありましたか?)

なし ・ あり → 薬や食べ物の種類 _____

11. 当院はどのように知りましたか？

近所 ・ 家族が受診 ・ 友人の紹介 ・ 医療機関/助産院/母乳相談紹介 ・ インターネット
雑誌 ・ その他()