

初診問診票(小学生までの方)

漢字

電話・住所

スキャン

サマリー入力

ご予約日(年 月 日) ご予約時間(:) 科目(乳・注・診察・登録)

ふりがな		男 ・ 女	住所	〒(-)		
お名前				電話	()	FAX
生年月日	平・令 年 月 日		携帯	()		
			E-mail			

1. 通園・通学している場合は園名、校名をお書き下さい

() 保育園・幼稚園・小学校(年) 在学中

2. 出生時の体重(妊娠 週・ g) 生まれた病院 ()

3. 出生時の異常 ない・ある()

4. 乳児期の栄養法 母乳・混合・人工・その他()

5. 兄弟・姉妹はいらっしゃいますか いない・いる(人兄弟(姉妹)の 番目)

6. 今までにかかった病気はありますか いいえ・はい(かかった病気全てに○をつけてください)

突発性発疹・はしか・風しん・水ぼうそう・おたふく・百日咳・気管支炎・喘息

肺炎・下痢・嘔吐しやすい・風邪ひきやすい・RSウイルス・その他()

ひきつけ→最終: 年 月 日、計 回、抗けいれん剤の使用: 無・有(薬名:)

7. 入院されたことはありますか いいえ・はい(はいの方は以下ご記入ください)

病名: いつ: 年 月 日から 日間

→その後、定期受診はされていますか? いいえ・はい(病院名: 間隔: おき)

8. 予防接種について(受けていない・受けたのどちらかに○と接種した回数をご記入下さい)

BCG(受けていない・受けた)・三種混合(受けていない・受けた 回)

ポリオ生ワクチン(受けていない・受けた 回)・ポリオ不活化ワクチン(受けていない・受けた 回)

ヒブワクチン(受けていない・受けた 回)・肺炎球菌(受けていない・受けた 回)

ロタ(受けていない・受けた 回)・B型肝炎(受けていない・受けた 回)

四種混合(受けていない・受けた 回)・MR(麻しん+風疹)(受けていない・受けた 回)

日本脳炎(受けていない・受けた 回)・二種混合(ジフテリア+破傷風)(受けていない・受けた)

水ぼうそう(受けていない・受けた 回)・おたふくかぜ(受けていない・受けた 回)

その他接種したもの()

9. 食物アレルギーの有無 ない・ある(食品名:)・わからない

10. 薬に対するアレルギーの有無 ない・ある(薬名:)・わからない

11. お薬は飲みますか はい(水薬・粉薬・錠剤・カプセル)・苦手・わからない

12. どのようにして当院を知りましたか

家族がかかっている(名前: 生年月日: 昭・平・令 年 月 日)

(名前: 生年月日: 昭・平・令 年 月 日)

知り合いの紹介(名前:)・病院の紹介(病院名:)

助産師の紹介・ホームページを見て・広報たちかわを見て・その他()

以下クリニック記入欄 *こちらには記入しないでください

2019.05.01 j02_初診問診票(こども用)

*カルテ番号

*予約番号

*母子手帳 なし

*作成者

さいわいこどもクリニック FAX. 042-536-3458(24時間受付)