ながいこどもクリニック　　記入日　西暦　　年　月　日

新

問診表

ふりがな　　男 お名前　　女	生年月日　西暦　　年　月　日 （年齢　　年　　ヶ月）
ご住所　〒(　　—　　)	電話番号　(　　—　　—　　) 携帯番号　(　　—　　—　　)

※以下の項目について。おわかりになる範囲で〇をつけてご記入下さい。

① 出産・発育に関して

・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　・乳幼児の栄養方法：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

・首の坐り：　ヶ月　・意味のある単語：　ヶ月　・二語文：　ヶ月

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　・花粉症　・発達障害

・その他の病気(　　)

・入院した事があればご記入下さい。(　　)

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)

・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)　・おたふくかぜ　(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)　・その他ワクチン(　　)

⑤ 食物アレルギー　なし・あり→(　対象物：　　)

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？　いる・いない　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　肝臓病　血液疾患　結核　遺伝性疾患　その他)

⑧ 当院を受診された理由を教えて下さい。(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) お知り合いからのご紹介

(6) その他(　　)

※連携する調剤薬局に患者様の情報を共有有無　有・無