

【問診表／初めて受診された方】

ふりがな

名前 _____ 男・女 _____ 生年月日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 才

住所 〒 _____

電話 自宅 _____ (_____) _____ 携帯 _____ (_____)

学校／園名 _____ クラス _____

1) 現在みられる症状を○で囲んでください。 現在の体温 _____ °C

- ・ 発熱 (続く・上がったり下がったり) _____ から _____ ~ _____ °C台
- ・ 咳 (ごほごほ・こんこん) _____
- ・ ぜいぜい (一日中・夜間・明け方)
- ・ 鼻水 _____
- ・ 発疹(ほっしん)
- ・ 頭痛 _____
- ・ 腹痛 (周期的に・続けて)
- ・ 嘔吐 (突然吐く・咳込んで _____ 回／日程度)
- ・ 下痢 (軟便・泥状・水様 _____ 回／日程度)

症状はいつ頃から、どれくらい続いていますか

_____ 頃から _____ 日間くらい続いている

- ・ 元気／活気 (あり・やや低下・なし)
- ・ 機嫌 (良い・やや悪い・悪い)
- ・ 食欲 (あり・やや低下・なし)
- ・ 睡眠 (眠れる・あまり眠れない・全然眠れない)
- ・ 尿の量／回数 (普通・やや少ない・少ない)
- ・ 家族に同様の症状 (あり・なし)

他に気になることがあれば、お書きください。

2) 現在飲んでいるお薬はありますか？ (ない・ある)

医院名: _____ 薬剤名: _____

3) 食べ物でじんましんや、薬で副作用を起こしたことがありますか？

(ない・ある / _____)

4) お薬は、粉薬とシロップと錠剤のどちらがよろしいですか？

(粉薬・シロップ・錠剤・どちらでもよい)

※裏面へのご記入もお願いします。

5) 家族構成

父 _____ 才 (健康 / 病気) きょうだい _____ 才 (健康 / 病気)
母 _____ 才 (健康 / 病気) _____ 才 (健康 / 病気)
 _____ 才 (健康 / 病気)

6) 出生前後の経過

妊娠中の問題 (なし・あり :)
出生体重 _____ グラム (在胎 _____ 週)
出生時の問題 (なし・あり :)

乳児健診で問題点の指摘を受けたり、経過観察中のことがらがあれば、お書きください。

7) 今までにかかったことがあったり、指摘されたことがある病気を○で囲んでください。

- ・ 麻疹 (はしか) ・ 風疹 ・ みずぼうそう ・ おたふくかぜ
- ・ 突発性発疹 ・ 溶連菌感染症 ・ 中耳炎 ・ 慢性副鼻腔炎 (ちくのう症)
- ・ 気管支喘息 ・ アトピー性皮膚炎 ・ アレルギー性鼻炎 ・ アレルギー性結膜炎
- ・ 熱性けいれん ・ その他 ()

8) 今までに受けた予防接種を○で囲んでください。

- ・ BCG ・ ロタウイルス (1、2、3)
- ・ ポリオ (不活化) (1、2、3、4) ・ ポリオ (生) (1、2)
- ・ 三種混合 (I - ① ② ③、I - 追加) ・ 四種混合 (I - ① ② ③、I - 追加)
- ・ ヒブワクチン (1、2、3、追加) ・ 肺炎球菌ワクチン (1、2、3、追加)
- ・ MR (I、II、III、IV) ・ おたふくかぜ (1、2)
- ・ みずぼうそう (1、2) ・ 日本脳炎 (I - ① ②、I - 追加、II)
- ・ 子宮頸癌予防 (HPV) (1、2、3) ・ 二種混合

予防接種を受けたあとに調子が悪くなったことがありますか

(ない・ある / を受けたあとで)

※当クリニックの受診のきっかけを教えてください。

- ・ クリニックを見て ・ 知人の紹介 ・ ホームページ ・ 看板 ・ リーフレット
- ・ その他 ()