

# 問 診 表

フリガナ	生年月日 / S・H	年	月	日	年齢	才	ヶ月
お名前	女 ・ 男	人兄弟 / 第	子	体重	kg	体温	℃
ご住所	電話番号 ( )						

※発疹（ブツブツ）の出ている方、麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜ、インフルエンザ等と思われる方はお申し出ください。

1. 本日来院された理由をお聞かせください。どのような事がいつから始まり、どのように経過していますか？

記入者：母親・父親・祖父母・その他 ( )

( )

2. 上記の症状で他の病院を受診されましたか？

いいえ・はい (病院名： )

3. 赤ちゃんの時期はどうでしたか？

- ・出生体重 ( g) 身長 ( cm)
- ・お産は順調でしたか？ / はい・逆子・仮死・時間が掛かった・その他 ( )
- ・栄養法はなんですか？ / 母乳・粉ミルク・混合
- ・歩き始めた時期はいつですか？ ( 才 カ月)
- ・自分の名前を言い始めた時期はいつですか？ ( 才 カ月)

4. お子さまがかかったことのある病気はありますか？

・麻疹・風疹・水痘・おたふくかぜ・百日咳・リンゴ病・手足口病・その他 ( )

5. ご本人やご家族の方で、下記の病気と言われた方はいますか？ [例：喘息 ( 父 )]

- ・薬疹、薬による副作用 ( )・最近の下痢や発熱 ( )・けいれん ( )・花粉症 ( )・喘息 ( )
- ・アトピー性皮膚炎 ( )・アレルギー性鼻炎・結膜炎 ( )・糖尿病 ( )・腎臓病 ( )・肝炎 ( )
- ・心臓病 ( )・免疫不全 ( )・その他 ( )

6. 予防接種を受けたものはありますか？

・肺炎球菌・ヒブ・4種混合・BCG・水痘・おたふくかぜ・MR・麻疹・風疹・その他 ( )

7. お近くに下記の病気にかかっている、またはかかっていた方はいますか？

- ・溶連菌感染症・百日咳・ヘルパンギーナ・プール熱・手足口病・水痘・りんご病・麻疹・風疹
- ・おたふくかぜ・インフルエンザ・流行性角結膜炎・下痢症・その他 ( )

9. ご家族でタバコを吸われる方はいらっしゃいますか？ いない・いる (どなたが？) ( )

10. お家にペットはいますか？ いない・いる (種類：) ( )

◎当院を何でお知りになりましたか？

知人の紹介 ( )・通り道・インターネット・看板・その他 ( )

ありがとうございました



当院では患者さまの個人情報を守秘いたします