

お名前	男 ・ 女	生年月日	H/R	年	月	日
ニックネーム		年齢 (	歳	ヶ月)		
ご住所 〒		電話番号 ( )				
		携帯番号 ( )				
( ) 保育園 幼稚園 託児所		来院時体温 ( °C)				
( ) 小学校 中学校 高等学校		体 重 ( kg)				
きょうだい：無/有		出生週数と体重 ( 週 g)				

1、今日一番解決したいことはなんですか？ 該当される欄に○またはご記入をお願いします。

- ・発熱 (体温： )
- ・咳 (痰がからむ/乾いた/ぜいぜい/けんけん) ・鼻水 (透明/色つき) ・喉の痛み ・頭痛 ・腹痛
- ・嘔吐 (1日 回) ・下痢 (1日 回) ・発疹 (部位： )
- ( その他 )

2、その症状はいつからですか？ [ から ]

3、食事・水分はとれていますか？ (両方とれている/水分だけ/両方とれていない)

4、現在服用中のお薬はありますか？ (なし/あり) [お薬名： ]

5、お薬や食べ物、その他アレルギーはありますか？  
(なし/あり) [アレルギーの内容： ]

6、今までにかかったことがある病気に○をつけて下さい。該当しない病名は「その他」にご記入下さい。

- アトピー性皮膚炎 気管支喘息 熱性けいれん アレルギー性鼻炎 てんかん  
水ぼうそう おたふくかぜ 溶連菌感染症 川崎病 便秘  
手術歴 [ ] その他 [ ]

7、これまでうけたワクチンに○をして下さい。

- ロタ B型肝炎 ヒブ 肺炎球菌 4種混合 麻疹風疹 日本脳炎 水痘 おたふく BCG その他

8、今後、当院での予防接種を希望されますか？

- 希望する/一部のみ希望 [接種内容： ] /検討中/希望しない

9、ご家族の中で以下の病気にかかれたことがありますか？ 病名に○またはご記入をお願いします。

- ない/ある→ (アトピー、喘息、食物アレルギー、熱性けいれん、腎疾患、遺伝性疾患、突然死)  
その他 [ ] お子さんとのご関係 [ ]

10、ご家族の中でおタバコを吸われる方はいらっしゃいますか？ いる/いない

11、その他、聞いておきたいこと、お願いしたいことなど。

[ ]

12、当クリニックを何で知っていただきましたか？ (複数回答可)

- 折り込みチラシ/知人からの紹介/インターネット/看板/通りすがり/その他 ( )

ご記入ありがとうございました。ご記入頂いた問診票は受付までご返却をお願いいたします。

