

問診票（初診用）

後藤こどもクリニック

記入日 西暦——年——月——日

ふりがな お名前	男 女	生年月日 西暦 _____年____月____日 年齢（ _____歳____ヶ月） 体重 _____ k g
お子さんは <input type="checkbox"/> 第一子（男・女） <input type="checkbox"/> 第二子（男・女） <input type="checkbox"/> 第三子（男・女） <input type="checkbox"/>		
ご住所 〒（ _____ - _____ ）		電話番号（ _____ - _____ ） 携帯電話（ _____ - _____ ）
以下の項目について、おわかりになる範囲で○をつけてご記入ください。		
1. どのようなことが、いつから始まり、どのように経過していますか？ 例) 38℃台の熱が、おとといの朝から上下しながら続いている。 1) 2)		
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. 予防接種を受けたものを教えてください。 四種混合・ヒブワクチン・小児肺炎球菌・B型肝炎・ロタウイルス・BCG・MRワクチン・水痘 おたふくかぜ・日本脳炎・二種混合・子宮頸がん・（三種混合）・（ポリオ単独）・（風疹単独） （麻疹単独）・その他（ _____ ）		
4. お子さまがかかったことのある病気を教えてください。 麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜ、百日咳、リンゴ病、突発性発疹、その他（ _____ ）		
5. お子さまが下記の病気と言われたことのあるものを教えてください。 薬疹、薬による副作用（薬品名： _____ ）、喘息、アトピー性皮膚炎、じんま疹 食物アレルギー（食品名： _____ ）、花粉症、アレルギー性鼻炎、アレルギー性結膜炎 免疫不全、心臓病、腎臓病、肝臓病、けいれん（熱性けいれん、その以外）、代謝性疾患、先天異常 その他入院を必要とした病気（ _____ ）		
6. 赤ちゃんの時期はどうでしたか？ 出生体重 _____ g お産は順調でしたか？ はい 逆子 仮死 時間がかかった その他（ _____ ）		
7. ご家族や親戚の方で下記の病気と言われた方はいますか？（どなたが？ _____ ） 薬疹（ _____ ）、喘息（ _____ ）、アトピー性皮膚炎（ _____ ）、じんま疹（ _____ ）、花粉症（ _____ ） アレルギー性鼻炎（ _____ ）、アレルギー性結膜炎（ _____ ）、けいれん（ _____ ）、糖尿病（ _____ ） 免疫不全（ _____ ）、心臓病（ _____ ）、腎臓病（ _____ ）、肝炎（ _____ ）、最近の下痢・発熱（ _____ ）		
8. 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？ 麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜ、百日咳、リンゴ病、手足口病、ヘルパンギーナ、インフルエンザ 溶連菌感染症、プール熱、流行性角結膜炎、急性胃腸炎（ロタウイルス、その以外） その他（ _____ ）		