

# 初診問診票

ごとう小児科・成長クリニック

おなまえ お名前	フリガナもお願いします		生年月日	年	月	日 ( 歳 ヶ月)
	男	女				
住所	〒		☎			

(1) 産まれた時の状況を教えてください (わかる範囲内で結構です)

\_\_\_\_\_ 週 \_\_\_\_\_ 日、 \_\_\_\_\_ gで出生

新生児期に何らかの病気で治療を受けた ( \_\_\_\_\_ )

(2) ご兄弟はいらっしゃいますか? (いなければ「1人兄弟の1人目」とお書きください)

\_\_\_\_\_ 人兄弟の \_\_\_\_\_ 人目

(3) これまでにかかれた病気に○をつけてください

突発性発疹 はしか (麻疹) 風しん (三日はしか) 水ぼうそう (水痘) おたふくかぜ

百日咳 気管支炎 ぜんそく 肺炎 けいれん (最終: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月、計 \_\_\_\_\_ 回)

その他 ( \_\_\_\_\_ )

(4) 入院されたことはありますか?

いいえ はい ( \_\_\_\_\_ 歳ごろ、 \_\_\_\_\_ のため)

(5) 受けた予防接種に○をつけ、接種した回数を書いてください

BCG ヒブワクチン ( \_\_\_\_\_ 回) 肺炎球菌 ( \_\_\_\_\_ 回)

ロタ生ワクチン (ロタリックス・ロタテック ( \_\_\_\_\_ 回) B型肝炎 ( \_\_\_\_\_ 回)

四種混合DPT-IPV ( \_\_\_\_\_ 回)

三種混合DPT ( \_\_\_\_\_ 回) 不活化ポリオ ( \_\_\_\_\_ 回)あるいはポリオ生ワクチン ( \_\_\_\_\_ 回)

麻疹+風疹MR ( \_\_\_\_\_ 回) 水痘 (水ぼうそう) ( \_\_\_\_\_ 回) おたふくかぜ ( \_\_\_\_\_ 回)

日本脳炎 ( \_\_\_\_\_ 回) 二種混合DT (ジフテリア+破傷風)

その他 ( \_\_\_\_\_ )

(6) 幼稚園・保育園・学校に通っていますか? 差し支えなければ園名・校名を教えてください

いいえ はい ( \_\_\_\_\_ )

(7) アレルギーはありますか?

いいえ はい ( \_\_\_\_\_ )

(8) お薬の希望はありますか? 特定の薬が飲めないなどありましたらお書きください

いいえ はい (シロップ 粉薬 錠剤 カプセル \_\_\_\_\_ は飲めない)

その他、お伝えしたいことがありましたら欄外にお書きください

# 問診票

ごとう小児科・成長クリニック

お名前		年 齢	歳	ヶ月
体 温	℃	体 重		kg

(1) 今日はどうなさいましたか？

症状に○をつけ、( )の中にいつから症状が出ているかを記入してください。

前回の続き (前回受診の続きで受診された方はこちらに○をつけ、(2)以降の記入は不要です)

発熱 ( \_\_\_\_\_ ~ ) 咳 ( \_\_\_\_\_ ~ ) 鼻汁 ( \_\_\_\_\_ ~ )

腹痛 ( \_\_\_\_\_ ~ ) 嘔吐 ( \_\_\_\_\_ ~ ) 下痢 ( \_\_\_\_\_ ~ )

発疹(ぶつぶつ) ( \_\_\_\_\_ ~ ) 喘鳴(ゼーゼー) ( \_\_\_\_\_ ~ )

その他 ( \_\_\_\_\_ ) ( \_\_\_\_\_ ~ )

(2) 本日の症状で、他の医療機関を受診されましたか？

いいえ

は い ( \_\_\_\_\_ ) を ( \_\_\_\_\_ 日) に受診。

何と診断されましたか？ ( \_\_\_\_\_ )

薬は処方されましたか？

いいえ

は い ( \_\_\_\_\_ )

(お薬手帳をお持ちの方は記入不要です。診察時にお見せください)

(3) ご家族に同じ症状の方はいらっしゃいますか？

いいえ

は い ( \_\_\_\_\_ ) が ( \_\_\_\_\_ 日) から

(4) 幼稚園・保育園・学校などで流行している病気はありますか？

いいえ

は い ( \_\_\_\_\_ ) が流行

その他お知らせしたいことがありましたら、欄外にお書きください。