

初 診 問 診 票

ふりがな

お名前 _____ (男の子・女の子) (____才 ____ヶ月) 平成・令和 ____年 ____月 ____日生

1. 本日はどういふことで来院されましたか？ (該当する症状に レ印 を記入してください)

来院された時の体温 _____ 度 _____ 分 (体温計は受付に置いてあります) 体重 _____ . _____ kg

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 発熱 (____月 ____日から 最高 _____℃) | <input type="checkbox"/> 食欲低下 (水分はとれている・とれない) |
| <input type="checkbox"/> せき | <input type="checkbox"/> 腹痛 |
| <input type="checkbox"/> たん | <input type="checkbox"/> 吐き気 |
| <input type="checkbox"/> 喘鳴 (ぜーぜー) | <input type="checkbox"/> 嘔吐 |
| <input type="checkbox"/> くしゃみ | <input type="checkbox"/> 軟便 |
| <input type="checkbox"/> はな水・鼻づまり | <input type="checkbox"/> 下痢 |
| <input type="checkbox"/> 頭痛 | <input type="checkbox"/> 便秘 |
| <input type="checkbox"/> のどの痛み | <input type="checkbox"/> けいれん |
| <input type="checkbox"/> 耳の痛み | <input type="checkbox"/> 湿疹 |
| <input type="checkbox"/> 目やに | <input type="checkbox"/> 耳下腺の腫脹 |
| <input type="checkbox"/> 気管支喘息 | <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 |
| <input type="checkbox"/> 乳児健診 | <input type="checkbox"/> 予防接種 |

2. おくすりについて希望はありますか？ ()みずぐすり ()こなくすり ()錠剤またはカプセル
3. その他、ご相談になりたいことがあればお聞かせください。

(アンケート) 三上こどもクリニックをどのようにしてお知りになりましたか？

- () 知人・友人の紹介 () インターネット・ホームページで () 通りすがり () 兄弟などが受診した
 () 市役所・保健センターからの紹介 () その他 (具体的に _____)

以下の事柄についてお答え下さい。(診断や治療をする上での大切な情報になります。)

1. 予防接種について (接種した予防接種に レ印 を記入してください。)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ロタ (1回・2回・3回) | <input type="checkbox"/> 日本脳炎 (1回・2回・追加・2期) |
| <input type="checkbox"/> B型肝炎 (1回・2回・3回) | <input type="checkbox"/> 2種混合 |
| <input type="checkbox"/> ヒブ (1回・2回・3回・追加) | <input type="checkbox"/> おたふくかぜ (1回・2回) |
| <input type="checkbox"/> 肺炎球菌 (1回・2回・3回・追加) | <input type="checkbox"/> 子宮けい癌 (1回・2回・3回) |
| <input type="checkbox"/> 4種混合 (1回・2回・3回・追加) | <input type="checkbox"/> インフルエンザ (昨年は 1回・2回) |
| <input type="checkbox"/> BCG | <input type="checkbox"/> 新型コロナ (1回・2回・3回) |
| <input type="checkbox"/> MR (1回・2回) | <input type="checkbox"/> その他 (_____) |
| <input type="checkbox"/> 水ぼうそう (1回・2回) | <input type="checkbox"/> |

2. いままでにかかった病気について (かかった病気があれば レ印 を記入してください)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 突発性発疹 (いつ? ____才 ____か月) | <input type="checkbox"/> 熱性けいれん (いつ? 最終 ____才 ____か月 / 合計 ____回) |
| <input type="checkbox"/> おたふくかぜ (いつ? ____才 ____か月) | <input type="checkbox"/> その他 (_____) |
| <input type="checkbox"/> みずぼうそう (いつ? ____才 ____か月) | <input type="checkbox"/> 入院歴 (どんな病気? _____) |

3. 基礎疾患などがありますか？ 常時、飲んでいる薬はありますか？

4. 妊娠・出産について

- ・生まれた時の体重は？ ____週 ____日 ____g ・何人目のお子様ですか？ ()人中 ()人目
- ・分娩について ()正常分娩 ()骨盤位(さかご) ()帝王切開 ()その他 (_____)
- ・黄疸は強かったですか？ ()普通 ()強い ()光線治療をうけた
- ・妊娠中に異常はありましたか？ ()ない ()あった (具体的に _____)
- ・栄養法について ()母乳 ()混合 ()人工乳
- ・発達・発育は正常でしたか？ ()正常 ()異常

5. 薬や食べ物にアレルギーはありますか？ ()ない ()ある (具体的に _____)

6. かかりつけの医院・病院はありますか？ ()ある (_____ 医院・病院 ... 所在地 _____) ()ない