

# 問 診 票 (0歳)

坂ノ市こどもクリニック 2023/4/1

◎マイナ保険証による診療情報取得に同意されますか ( はい、いいえ )

◎当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。

正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

フリガナ

氏名 ( ) 性別 ( 男 ・ 女 )

生年月日 ( 令和 年 月 日 ) 年齢 ( か月 ) 体重 ( kg )

現住所 (〒 )

電話番号 ( ・ 父携帯 ..... ・ 母携帯 ..... ・ 自宅/その他 ..... )

帰省先 (〒 様方 ・ 電話番号 )

こども園・保育園等への通園 有・無 ( ..... こども園・保育園・保育所 ..... 組 )

※ 今日の受診理由は次のうちどれですか？あてはまるものに○をつけてください。

1, 体調が悪い 症状は？ 熱 咳 鼻水 嘔吐 下痢 発疹 その他 ( )  
いつから？ 今日から 昨日から 2~3日前から その他 ( )

2, 予防接種

3, 乳児健診 3~4 か月健診(3~6 か月健診) 7~8 か月健診 9~11 か月健診

※ 出生時からこれまでの状況について、記入してください。

①妊娠中の母体の異常 無 ・ 有 (妊娠高血圧症、切迫流産、切迫早産、糖尿病、貧血、その他 )

②分娩の方法 自然分娩 (頭から・足から)、誘発分娩、吸引分娩、帝王切開

③出生時の在胎週数 \_\_\_\_\_ 週 \_\_\_\_\_ 日 ※予定日での出産は 40 週 0 日です。

④出生時の計測値 体重 \_\_\_\_\_ g 身長 \_\_\_\_\_ cm 頭囲 \_\_\_\_\_ cm 胸囲 \_\_\_\_\_ cm

⑤出生した場所 (名称) \_\_\_\_\_ 産婦人科医院 / クリニック、病院、産婦人科、助産院、自宅

⑥生まれつきの病気 無 ・ 有 (病名 )

⑦出生後早期の病気 無 ・ 有 (病名 )

⑧成長や発達の遅れ 無 ・ 有 (病名 )

⑨現在の栄養方法 母乳のみ・粉ミルクのみ・母乳と粉ミルクの両方、離乳食 1 日 \_\_\_\_\_ 回

※ 今までにかかった感染症に○をつけて、かかった時の月齢を記入してください。

・突発性発疹症 か月 ・麻疹(はしか) か月 ・水ぼうそう か月

・百日咳 か月 ・風疹(三日はしか) か月 ・おたふくかぜ か月

※ 今までにかかった病気、又は現在治療中や経過観察中の病気があれば○をつけてください。

・ひきつけ (泣き入り、熱性けいれん、無熱性けいれん、てんかん、原因不明 )

・喘息様気管支炎 ・気管支喘息 ・食物アレルギー (卵、牛乳、小麦、大豆、米、その他 )

・RSウイルス感染症 ・細気管支炎 ・中耳炎 ・副鼻腔炎 ・髄膜炎 ・尿路感染症 ・蕁麻疹 ・川崎病

・アトピー性皮膚炎 ・その他 ( )

※ 薬の内服や注射で、異常反応が出たことがありますか？ 無 ・ 有 (薬剤名 )

※ 今までに受けた予防接種に○をつけてください。

・B型肝炎(1・2・3回) ・ロタウイルス (1・2・3回) ・ヒブ(1・2・3回) ・肺炎球菌(1・2・3回)

・DPT-IPV(1・2・3回) ・BCG ・日本脳炎(1・2回) ・麻しん

※ ご家族のお名前

兄弟姉妹の名前とフリガナ (年長児から順番に、本人を含めて全員を記入してください)

名前とフリガナ  
父( ) ( 歳 ) ( ) 男・女 ( 歳 )  
母( ) ( 歳 ) ( ) 男・女 ( 歳 )  
( ) 男・女 ( 歳 )  
( ) 男・女 ( 歳 )

※ ご家族、同居者のうち喫煙者がいますか？ 無 ・ 有 (父、母、祖父、祖母、その他 )

※ 当クリニックを受診されたきっかけは何ですか？○をつけてください。

自宅・実家から近い 看板・電話帳・ホームページを見て 口コミ 日曜日診療 休日当番医 ご家族のかかりつけ

産婦人科・他の病医院からの紹介 ペリネタル・ビジットで来院した その他 ( )

上記の情報は、当クリニックで定めた利用目的の範囲内で利用させていただきますのでご了承下さい。