

問 診 票 (1歳～小学生) 坂ノ市こどもクリニック 2021/9/1

フリガナ

氏名 () 性別 (男 ・ 女)

生年月日 (平成・令和 年 月 日) 年齢 (歳 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

帰省先の電話番号 ()

通園、通学 (..... 幼稚園 組、 小学校 年 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 腹痛 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

※ 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出生時の在胎週数と体重 週 日 ^{グラム}
②生まれつきの病気 無 ・ 有 (病名) ()
③出生後早期の病気 無 ・ 有 (病名) ()
④成長や発達に関する病気 無 ・ 有 (病名) ()

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

- ・ 突発性発疹症 歳 か月 麻疹(はしか) 歳 か月 水ぼうそう 歳 か月
・ 百日咳 歳 か月 風疹(三日はしか) 歳 か月 おたふくかぜ 歳 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) ()
・ 食物アレルギー (卵、牛乳、小麦、大豆、米、その他) ()
・ 気管支喘息 アレルギー性鼻炎 アレルギー性結膜炎 花粉症 アトピー性皮膚炎 蕁麻疹
・ 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 川崎病
・ 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、追加) ・ 肺炎球菌(1・2・3回、追加)
・ DPT-IPV(1・2・3回、追加) ・ DPT(1・2・3回、追加) ・ ポリオ(OPV,IPV)(1・2・3回、追加) ・ BCG
・ MR(第1期、第2期) ・ 日本脳炎(1・2回、追加) ・ 水ぼうそう(1・2回) ・ おたふくかぜ(1・2回)

※ 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 | | () | 男・女 | () | 歳 | | |
| 父 | () | () | 歳 | () | 男・女 | () | 歳 |
| 母 | () | () | 歳 | () | 男・女 | () | 歳 |
| | | () | 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
他の病医院からの紹介 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。