

加賀田小児科 初診問診票

フリガナ お名前		男 ・ 女	TEL・携帯 () -		
住所	〒		生年 月日	平成・令和 年 月 日 (歳 カ月)	

◆当クリニックを何でお知りになりましたか？ 該当する項目にチェックをお願い致します。

- 当院のホームページを見て
 当院以外の外部HPを見て
 電話帳で
 家や職場の近所・通りがかり
 兄弟（姉妹）が通っているから
 知人・友人から聞いて
 他の医療機関から聞いて（紹介）
 その他（ ）

◆本日お子様にどのような心配があり来院されましたか？

簡単に記入してください。（例：発熱・せき・下痢・腹痛など）

◆その様子を詳しく書いてください。いつからどんな症状が続いていますか？

◆食事や水分はとれていますか？

◆本日の計測結果

体温	℃	体重	kg	身長	cm
----	---	----	----	----	----

◆お子様について

・今までにかかった病気、現在通院中の病気があれば記載してください。

・薬のアレルギーはありますか？（はい・いいえ）

・今までに受けた予防接種に○印をつけてください。

- 肺炎球菌（1/2/3/追加）
 ヒブ（1/2/3/追加）
 四種混合（1/2/3/追加）
 BCG
 ロタ（1/2/3）
 水痘（みずぼうそう）（1/2）
 麻疹・風疹（MR）（1/2）
 おたふくかぜ（1/2）
 ポリオ（1/2/3/追加）
 B型肝炎（1/2/3）
 三種混合（百日咳・破傷風・ジフテリア）（1/2/3/追加）
 日本脳炎（1/2/3/追加）
 その他（ ）

・風邪にかかるとその後ゼイゼイ、ヒューヒューしますか？（はい・いいえ）

・医師にアレルギー体質、または、アトピー体質と言われたことがありますか？（はい・いいえ）

『はい』の場合（ぜんそく・アトピー性皮膚炎・アレルギー性鼻炎・その他）

・離乳食の開始（ ヶ月） 離乳食の終了（ ヶ月）

・次のことはいつ頃からできるようになりましたか？

首がすわる（ ヶ月） 寝返りをする（ ヶ月）一人で坐る（ ヶ月） 人見知りをする（ ヶ月）
 一人で歩く（ 歳 ヶ月） パパママを言う（ 歳 ヶ月）

以上になります。ご協力ありがとうございました。スタッフが声をかけるまでもうしばらくお待ちください。