

## はじめて受診される方へ

ふりがな	
氏名・性別	男・女
生年月日	平成 年 月 日 歳 ヶ月
住所	〒 -
電話番号	自宅
	携帯

かかったことのある病気 突発疹・熱性けいれん・麻疹・水痘・流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)  
喘息・アトピー性皮膚炎・その他( )

アレルギー なし あり  
薬( )  
食物( )  
その他( )

妊娠・出産時 出生体重 g  
正常  
異常 (早産・仮死・呼吸障害・黄疸・その他 )

家族の病気 アレルギー(喘息・花粉症・アトピー性皮膚炎・けいれん既往  
その他( )

予防接種  
終わったものに○  
(乳幼児の方はご記入お願いします)  
BCG ・ ポリオ (1回・2回) ・ 不活化ポリオ (1回・2回・3回・4回)  
四種混合 (1期 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 1期追加 )  
三種混合 (1期 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 1期追加 )  
Hib(ヒブ) 初回 ( 1回 ・ 2回 ・ 3回 ) 追加免疫  
小児用肺炎球菌(プレベナー) 初回(1回・2回・3回) 追加免疫  
麻疹・風疹混合(MR) ( 1期 ・ 2期 )  
麻疹 ・ 風疹 ・ 日本脳炎 (1期 1回 ・ 2回 ・ 追加 ・ 2期)  
水痘 ・ 流行性耳下腺炎 (おたふく風邪)  
ロタワクチン ( 1回 ・ 2回 ・ 3回 )

予防接種の時は忘れずに母子手帳をご持参ください

たなか小児科クリニック

## 問診表

☆ 診察をお受けになる前にご記入ください

☆ 発疹のある方、おたふくかぜが疑われる方は受付へお申し出ください

ふりがな	年齢	歳	体重	kg
氏名		月	体温	°C

◎ 前回の続き

◎ 定期診察

◎ 初診の方および前回と症状に変化のある方はご記入ください

どんな症状がありますか

症状	いつから	詳しい状態
発熱		
頭痛		
鼻水		
咳		
ぜーぜー		
下痢		
嘔吐		
腹痛		
発疹		
その他		

機嫌 ( 良好 ・ まあまあ ・ 悪い )

水分摂取 ( 良好 ・ 普段より落ちている ・ 飲まない )

哺乳 ( 良好 ・ 普段より落ちている ・ 飲まない )

食欲 ( あり ・ 普段より落ちている ・ なし )

当院以外で処方されて現在飲まれている薬がありますか？ ( あり ・ なし )

ありの場合 お薬手帳は持参されていますか ( はい ・ いいえ )

いいえの場合 内容をお書きください(具体的に)

薬はどの種類が希望ですか 乳幼児 粉薬 ・ 水薬 ・

小学生以上 粉薬 ・ 水薬 ・ 錠剤(カプ-

初診の方のみ

薬・食物アレルギー ( あり ・ なし )

ありの場合 内容をお書きください(具体的に)

その他、お気づきの点がありましたらご記入ください