

初 診 問 診 票

記入日 西暦 年 月 日

ふりがな 名前	男・女	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日 (歳)
ご住所 〒 (-)	電話番号 ()		お子さまとの関係			
	緊急連絡先 ()		お子さまとの関係			

以下の項目について、お分かりになる範囲でご記入ください
(成人の方は、4. 5. 6. 8. 11. のみ、ご記入ください)

1	出生：()週 ()日で出生 / 出生体重：() g 妊娠中の異常 : なし ・ あり (具体的に：) 出生時の異常 : なし ・ あり (具体的に：)
2	兄弟姉妹が いない ・ いる → 男・女 (歳) / 男・女 (歳) / 男・女 (歳) 男・女 (歳) / 男・女 (歳) / 男・女 (歳)
3	集団生活をしていますか？ はい ・ いいえ ※「はい」の方は、以下にご記入ください (小学生以下のみ) () 保育園 ・ 幼稚園 ・ 小学校
4	今までにかかったことがある病気、治療中の病気、に○をつけてください 突発性発疹・ 風疹 ・ はしか ・ おたふくかぜ ・ 水ぼうそう ・ 肺炎 ・ 喘息 アトピー性皮膚炎 ・ アレルギー性鼻炎 ・ 花粉症 ・ その他 () 熱性けいれん → 計 回 最終： 年 月 (歳頃)
5	継続して服用しているくすりはありますか？ なし ・ あり (具体的に：)
6	入院したことがありますか？ はい ・ いいえ ※「はい」の方は、以下にご記入ください 病名：() (歳頃)
7	成長発達について、異常を指摘されたことがありますか？ なし ・ あり (具体的に：) お子さんの成長発達について、気になることはありますか？ なし ・ あり (具体的に：)
8	食物アレルギー なし ・ あり (具体的に：) 薬物アレルギー なし ・ あり (具体的に：)
9	予防接種を受けたことがありますか？ はい ・ いいえ 年齢相応のワクチンを (接種している ・ 接種していない ・ わからない)
10	かかりつけの医療機関がありましたら、ご記入ください () 今後、当院をかかりつけとすること希望はありますか？ (はい ・ いいえ ・ 検討中)
11	診察上特に注意することがありましたら、お知らせください

ご協力、ありがとうございました

かわな こどもクリニック