

草加きたやクリニック 問診票（小児）

お名前（カタカナで記入）： _____

生年月日 平成 ____年 ____月 ____日生 ____歳 ____カ月（男・女）

現在の体重： ____（ g ・ kg ） 自宅 TEL ____ - ____ - ____

住所 〒 _____



（1）保護者の方の情報

- 保護者名 _____ 続柄（ 父 ・ 母 ・ その他 _____ ）
- 緊急連絡先 _____

（2）どのようなことで、おいでになりましたか？○をつけ、記入してください。

咳 鼻水 のどが痛い 頭痛 嘔吐 下痢 腹痛 熱(_____)度←測定された方ご記入お願いします

その他 (_____)

いつから(_____)

（3）今までに受けた予防接種は？（わかる範囲で結構です）

肺炎球菌【 ____ 回】 ・ 百日咳【 ____ 回】 ・ ポリオ 【生・不活化 ____ 回】
BCG ・ DPT（三種混合）【 ____ 回】 ・ MR（麻疹・風疹） ・ Hibワクチン【 ____ 回】
日本脳炎 ・ おたふく 【 ____ 回】 ・ 水痘 【 ____ 回】 ・ その他 【 _____ 】

（4）今までにかかった病気や大きなけがはありますか？

熱性けいれん ・ 突発性発疹 ・ 気管支喘息 ____ 歳
川崎病 ____ 歳 ・ その他 _____ ・ なし

- 入院： なし ・ あり（病名： _____ ）（入院施設： _____ ）
- 手術歴： なし ・ あり（ _____ ）

（5）アレルギーはありますか？

なし ・ あり（薬 _____ 食べ物 _____ ）

（6）家族・生活

- 現在通っているのは _____ 【保育園・幼稚園・小学校・中学校】
- 家では（ ____ ）人兄弟の（ ____ ）番目

（7）家族に次のような人はいますか？

いない ・ いる（熱性けいれん・てんかん・気管支喘息・アトピー性皮膚炎の人・アレルギー）

（8）当院はどちらでお知りになりましたか？

1. 家が近かった 2. 知人の紹介 3. 看板（電柱） 4. 看板（駅） 5. 木-ハ-ツ 6. その他(_____)

（9）その他ご質問・診察に関するご希望などございましたら記載して下さい。

[_____]