

問診票

下記の項目についてご記入または○をおつけ下さい。

ご住所・お電話番号ははじめてご来院の方だけご記入下さい。

令和 年 月 日

ふりがな				男・女	昭・平・令	年	月	日生
お名前				年齢	歳			
ご住所	〒				電話	()		
					携帯			
					身長	cm	体重	kg

●皆様ご記入下さい。

1. 今日はどうのようことでおいでになりましたか。

熱()度、咳、鼻水、のどの痛み、嘔吐、下痢、腹痛、発疹

その他()

2. いつごろからどんな経過でしょうか。

3. 他に気にかかることがおありですか。

●はじめてご来院の方はご記入下さい(おわりの範囲内で結構です)。

4. 出生時について

妊娠何週でお生まれですか?()週

出産はどのようでしたか? 正常分娩 帝王切開 その他()

生まれた時の体重は()グラム、身長は()cm

5. 発達のようす

首すわり()ヶ月、おすわり()ヶ月、つかまり立ち()ヶ月、一人歩き()ヶ月

6. これまでに次の病気にかかったことはありますか? はい・いいえ

はしか、風疹、おたふくかぜ、みずぼうそう、熱性けいれん、気管支喘息、アトピー性皮膚炎

アレルギー性鼻炎、その他()

7. 今までに受けた予防接種はどれでしょうか?

ヒブ(1回、2回、3回、追加)／肺炎球菌(1回、2回、3回、追加)／ロタ(1回、2回)／B型肝炎(1回、2回、3回)

BCG／四種混合(1期1回、2回、3回、追加)／三種混合(1期1回、2回、3回、追加)

不活化ポリオ(1回、2回、3回、4回)／生ポリオ(1回、2回)／MRまたは麻しん、風しん

みずぼうそう(1回、2回)／おたふくかぜ(1回、2回)／日本脳炎(1期1回、2回、追加、2期)／二種混合2期

8. お薬で副作用が出たことはありますか? はい()・いいえ

9. ご家族について伺います。

	年齢(歳)	これまでにかかった病気／アレルギー体質など
父		
母		

10. 当院をどのようにしてお知りになりましたか?

- (1) 友人／知人から聞いた (2) インターネット(当院のHP、町田市医師会HP、病院紹介サイト、その他)
 (3) タウンページ (4) 看板または電柱広告 (5) 他の医療機関より紹介または聞いた (6) 家族が通院
 (7) その他()