



記入日 西暦 年 月 日

問診票 (初診用)

フリガナ お名前	男 女	生年月日 西暦 (年齢 歳 カ月)	年 月 日
ご住所 〒(—)		電話番号 (— —)	
		携帯番号 (— —)	

以下の項目について、お分かりになる範囲で○をつけてご記入ください。

①出産・発育について
☆出産時、何か異常がありましたか？ ()
☆出生：()週で出生 ☆出生体重()g ☆出生身長()cm
☆黄疸治療：(なし ・ あり) → 光線療法 ・ 交換輸血
☆発育について： 心配がある ・ 指導を受けたことがある ・ 特に心配はない

②兄弟姉妹が いない ・ いる → 男 ・ 女 (歳) 男 ・ 女 (歳)
男 ・ 女 (歳) 男 ・ 女 (歳)

③今までにかかった病気、もしくは現在、通院・治療中の病気について
☆突発性発疹 ☆風疹 ☆はしか ☆おたふくかぜ ☆百日咳 ☆水ぼうそう ☆肺炎
☆けいれん(熱の有無：有・無) ☆喘息 ☆アトピー性皮膚炎 ☆アレルギー性鼻炎 ☆花粉症 ☆発達障害
☆その他の病気 ()
☆入院したことがあればご記入ください。 ()

④予防接種について
☆ヒブ(Hib)(未・1回・2回・3回・追加)
☆小児肺炎球菌(未・1回・2回・3回・追加)
☆B型肝炎(未・1回・2回・3回)
☆ロタウイルス(種類：ロタテック・ロタリックス)(未・1回・2回・3回)
☆四種混合・三種混合(未・1回・2回・3回・追加)
☆BCG(未・済)
☆麻疹・風疹(MR)(未・1期・2期) ☆水ぼうそう(未・1回・2回)
☆おたふく風邪(未・1回・2回) ☆日本脳炎(未・1回・2回・第1期追加・2期)
☆二種混合(ジフテリア・破傷風)(未・済) ☆子宮頸がん(HPV)(1回・2回・3回)
☆その他のワクチン()

⑤食物アレルギー なし ・ あり → (対象食物：)

⑥薬物アレルギー なし ・ あり → (対象薬剤：)

⑦ご家族について
☆タバコを吸う方はおられますか？ いない ・ いる どなたですか？()
☆次のアレルギー体質の方はおられますか？ どなたですか？()
(喘息 ・ アトピー ・ 食物アレルギー ・ 花粉症 ・ 鼻炎 ・ 薬物アレルギー ・ 他)
☆次の病気にかかったことのある方はおられますか？ どなたですか？ ()
(けいれん ・ 心臓病 ・ 腎臓病 ・ 肝臓病 ・ 血液疾患 ・ 結核 ・ 遺伝性疾患)

⑧クリニックをお知りになったきっかけは何でしたか？
(ネット ・ ご友人の紹介 ・ 雑誌、フリーペーパー ・ 路面看板 ・ その他 ())

2枚目にお進みください

しみずこどもクリニック



記入日 西暦 年 月 日

問診票

フリガナ	男	年齢 (才 カ月)	体温 () °C
お名前	女	身長 () cm	体重 () kg

☆お子さん及び同居されている方で2週間以内に県外・海外へ行かれてた方はいますか？ 【はい・いいえ】

☆お子さん及び同居されている方で2週間以内に県外・海外から来られた方と接触されましたか？ 【はい・いいえ】

☆2週間以内に保育園・幼稚園・学校・職場で新型コロナウイルスの発症はありましたか？ 【はい・いいえ】

★【はい】の方は、お車で待機して頂きます。お電話をしますので連絡先をお書き下さい。

(- -)

☆下記のあてはまる症状に☑をつけて、分かる範囲で詳細をご記入下さい。

《現在の症状》

<input type="checkbox"/> 発熱 (/)	最高 () °C	解熱剤使用 (有 ・ 無)
<input type="checkbox"/> せき (/) から	乾いた咳 ・ 痰がらみ ・ ゼーゼー ・ ケンケン	
<input type="checkbox"/> はなみず (/) から	透明 ・ 黄緑色 ・ 鼻づまり	
<input type="checkbox"/> おうと (/) から	1日 () 回 (吐く ・ 咳き込んで吐く)	
<input type="checkbox"/> げり (/) から	1日 () 回 (水様 ・ 軟便 ・ 血便)	
<input type="checkbox"/> 腹痛 (/) から	(ずっと ・ ときどき)	
<input type="checkbox"/> 便秘 (/)	便が出ていない もともと () 日に1回ペース	
<input type="checkbox"/> 頭痛 (/)		
<input type="checkbox"/> 耳痛 (/)	(右 ・ 左 ・ 両方)	
<input type="checkbox"/> 発疹など (/)		
<input type="checkbox"/> その他 (/)	症状等をご記入ください ()	

- ・食欲はありますか？ (ある ・ ない)
- ・水分は取れていますか？ (取れる ・ 少なめ ・ 全く取れない)
- ・おしっこは出ていますか？ (あり ・ 少なめ ・ 全く出ない)
- ・現在他院へ通院中ですか？ (いいえ ・ はい)
- 内服、外用している薬があればご記入下さい。 (薬の名前：)
- ・周りに同じ症状の方はいますか？ (いない ・ いる)
- どなたですか？ ()
- ・周囲で流行っている病気はありますか？ (ない ・ ある)
- 流行っているのはどんな病気ですか？ ()
- ・大きな病気にかかったことがありますか？ (ない ・ ある)
- ()
- ・1カ月以内に受けられた【予防接種】はありますか？ (ない ・ ある)
- ()

御協力、ありがとうございました。