予約なし・あり（　　：　　）

ひばりヶ丘北口駅前クリニック　初診問診票（小児）

※けが（出血）、高熱、呼吸困難など緊急の診察の必要な方は受付で申し出てください。

記入日20____年____月____日

ﾌﾘｶﾞﾅ _____　性別　男・女　年齢　　歳　　か月

お名前 _____　生年月日 _____年____月____日

郵便番号 _____－_____

住所 _____

電話番号：_____

体重_____kg　体温_____℃

１．診察に来られた主な症状は何ですか？

ねつ、せき、はな水、はなづまり、下り、はきけ、腹痛、発疹、便秘、おちんちん、けが

その他（　　）

２．いつごろからどのように悪いですか。

（　　）

３．この症状でほかのお医者さんにかかられたことがありますか？

□なし　□あり　かかられた病院または診療所はどちらでしょうか？

（　　）

４．家族で同じような症状がある方はいますか?

□いない　□いる（　　）

５．今までに、大きな病気にかかったことがありますか?

病名１：_____（　　）歳　病名２：_____（　　）歳

６．生まれたときについて

出生時体重（　　）g、予定日より（　　）週、早い・遅い、分娩の異常（なし・あり）

７．くすりや食べ物でアレルギーはありますか?

□ない □ある ある場合、種類はなんですか?（　　）

８．今までに受けておられる予防接種

□ＢＣＧ □二種混合 □四種混合 □ヒブ □肺炎球菌 □ポリオ □ＭＲ　□水ぼうそう

□日本脳炎　□はしか □風疹 □ロタウィルス　□おたふくかぜ □Ｂ型肝炎

９．今までにかかった病気

□はしか　□風疹　□水ぼうそう　□おたふくかぜ　□突発性発疹

※ 麻疹、おたふくかぜ、風疹、水ぼうそう、などの“うつる病気”の疑いのある方は申し出てください。

ご協力ありがとうございました。