

小児科 初診問診票

(記入された方:続柄)

) ☆母子手帳・お薬手帳(内服中の薬があれば)お持ちでしたら、受付へお預けください☆

ふりがな お名前		男 女	生年月日	平成 年 月 日 (才 ヶ月)
住所	(〒 -)			
自宅電話		携帯電話		
分娩時の状態	正常分娩	帝王切開	吸引分娩	その他()
出生時の状態	出生体重 (g)		在胎週数 (週 日)	
出生後の状態	良好	黄疸	心雑音	その他()
集団生活	()幼稚園・保育園 / まだ			

健診で下記の指摘をうけたことがある	ある / ない
体重の増えが悪い	心雑音
発達の遅れ	その他()

今までにかかった主な病気	ある / ない					
突発性発疹	麻疹(はしか)	風疹(三日はしか)	水ぼうそう	おたふくかぜ	川崎病	熱性けいれん
髄膜炎	インフルエンザ	中耳炎	アトピー性皮膚炎	肺炎	気管支炎	喘息性気管支炎
その他()						

アレルギーについて	ある / ない
食べ物()	症状()
薬()	症状()
その他()	

内服中の薬	ある / ない
病名()	お薬()
医療機関名()	

血縁者の方でかかったことのある病気	ある / ない						
熱性けいれん	アトピー性皮膚炎	気管支喘息	花粉症	結核	腎臓病	肝臓病	その他()

同居中の方で喫煙者	いる / いない
続柄()	

医師・看護師に伝えたいことがあればご記入ください			
当院を何でお知りになりましたか			
看板・広告	知人から	インターネット	家族がかかっている(続柄)
その他()			

ご記入ありがとうございました 終わりましたら受付までお声かけ下さい