記入日　令和　　年　　月　　日

問診票（初診用）

たかぎこどもクリニック

フリガナ	生年月日
お名前　　男・女	平成・令和　　年　　月　　日 （年齢　　歳　　ヶ月）
ご住所　〒（　　-　　）	携帯電話　（　　-　　-　　） 電話番号　（　　-　　-　　）
本日はどうされましたか？ ・発熱　・咳　・鼻水　・発疹　・その他（　　）	
体温　　℃	身長　　cm　　体重　　kg

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出生・発育について
・出生：（　　）週（　　）日で出生　・出生身長（　　cm）・出生体重（　　g）
・黄疸：なし　少しあり　あり→　光線療法　・　交換輸血
・乳児期の栄養方法：　母乳　混合　人工乳
・発育について：　特に心配はない　・　指導を受けたことがある　・　心配がある（　　）

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　・気管支炎　・肺炎　・喘息　・アトピー性皮膚炎　・花粉症
・はしか　・風疹　・水痘　・おたふくかぜ　・熱性けいれん　・てんかん　・発達障がい
・その他の病気（　　）
・入院したことがあればご記入ください（　　）

④アレルギー（食物・薬物など）　なし　・　あり　→（対象：　　）

⑤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？　いない　・　いる　どなたですか？（　　）
（喘息　・　アトピー性皮膚炎　・　食物アレルギー　・　花粉症　・　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？　いない・いる　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・　他）

⑥当院を受診された理由を教えてください（複数回答可）
1、近所だから　2、看板　3、医院広告のチラシ　4、ホームページ
5、お知り合いからの口コミ（　　）6、医師からの紹介
7、その他（　　）

⑦過去に受けられた予防接種はどれですか？
・Ｂ型肝炎　・ロタ　・Hib　・肺炎球菌　・４種混合(DPT-IPV)　・BCG　・日本脳炎
・MR(麻疹風疹)　・水痘　・おたふくかぜ　・インフルエンザ　・２種混合(DT)
・HPV　・髄膜炎菌　・Ａ型肝炎　・狂犬病　・その他（　　）

⑧ご要望などございましたらご記入ください

ご協力ありがとうございました。