

# 初診問診票

体に発疹が出てきた方、みずぼうそう、おたふくかぜ、はしか、その他感染症および疑いのある方は必ずお申し出ください。

ふりがな お名前		男・女	生年月日 H・R 年 月 日
ご住所	〒 ー		
電話番号		携帯電話	
受診した ことがあ る家族	① おなまえ 生年月日 年 月 日	② おなまえ 生年月日 年 月 日	

看板広告・友人、知人・口コミ・インターネット・他院からの紹介・その他( )

★ご来院目的	<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 夜尿 <input type="checkbox"/> 成長ホルモン <input type="checkbox"/> 発達 <input type="checkbox"/> 予防接種 <input type="checkbox"/> 病児保育利用 <input type="checkbox"/> その他	★ 気になる症状	<input type="checkbox"/> 熱 <input type="checkbox"/> 鼻 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> その他 具体的に
		★発症時期	

★生まれた時の様子	出生体重 <u>                      ㌔</u>  分娩時の異常 <input type="checkbox"/> あり / <input type="checkbox"/> なし  出生後に異常 <input type="checkbox"/> あり / <input type="checkbox"/> なし	★今までにかかった病気	<input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 麻疹(はしか) <input type="checkbox"/> 水痘(水ぼうそう) <input type="checkbox"/> 風しん(三日ばしか) <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎(おたふく) <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 熱性けいれん <input type="checkbox"/> アレルギー <input type="checkbox"/> その他 病名
★治療中の病気	病名 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり  薬 <u>右を記入してください→</u>  お薬手帳をご準備ください	★熱性けいれん	いつ? 回数 治療
★ ご記入いただきましたら受付へ。 ★ 看護師が体温を測りにいきます。 何かありましたら、お声かけください。	★アレルギー <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <u>右を記入してください→</u>	アレルゲン <input type="checkbox"/> 食物 <input type="checkbox"/> 麻酔 <input type="checkbox"/> 薬 <input type="checkbox"/> 予防接種 <input type="checkbox"/> その他  アレルギー症状  食べてはいけない食べ物・気をつけていること	



**すくすく**  
こどもクリニック