



はじめて受診される方の問診票

体温 () °C

記入日 年 月 日

フリガナ	男	生年月日
お名前 () 歳	女	年 月 日
ご住所 〒	電話① (父・母)	電話② (父・母)
() 人兄弟姉妹の() 番目	学校・保育所 ()	体重 () kg

●今日の受診される目的は何ですか。 ①診察 ②予防接種

①の場合どんな症状がありますか？

()

●以下のことについてお分かりになる範囲でご記入ください。

1) 出産・発育

①妊娠 () 週 () 日に 体重 () g で出生 医療機関 ()

②妊娠中や新生児期はどうでしたか？ 正常 異常 ()

③今までの発達や発育はどうでしたか？ 正常 異常 ()

2) 今までに受けた予防接種に○をつけてください。

- ・ヒブ ・肺炎球菌 ・B型肝炎 ・ロタ ・四種混合 (DPT-IPV) ・BCG ・麻疹風疹混合 (MR)
- ・水ぼうそう ・おたふくかぜ ・日本脳炎 ・2種混合 (DT) ・ヒトパピローマウイルス (HPV)
- ・三種混合 (DPT) ・経口ポリオワクチン (OPV) ・不活化ポリオワクチン (IPV)

3) アレルギーはありますか？ なし あり

薬剤 ()

食物、ダニ、ホコリ、花粉、動物その他 ()

4) お子様が今までにかかった病気に○をつけてください。

突発性発疹症 水ぼうそう おたふくかぜ 新型コロナウイルス RS ウイルス
 熱性けいれん 湿疹 中耳炎 アトピー性皮膚炎 花粉症 喘息
 その他 ()

5) ご家族の病気について当てはまるものに○をつけてください。

花粉症 喘息 腎臓病 心臓病 糖尿病 高血圧 けいれん 結核
 その他 ()

6) 喫煙されるご家族はいますか？ いいえ はい ()

7) ペットは飼っていますか？ いいえ はい ()

●マイナンバーカードの保険証での受診の方にお尋ねします。

1) あなたの診療情報 (服薬歴等) を当院が取得することに同意されましたか？ いいえ はい

2) 他の医療機関に通院中ですか。また他の医療機関から処方された薬などを服薬していますか。 いいえ はい



くぼ 小児科 クリニック

