

問診票 (初診用)

トトロこどもクリニック

ふりがな		男		生年月日 H・R		年		月		日	
お名前		・		(年齢		歳		ヶ月)			
		女									
※ お名前をお呼びする際、“くん”・“ちゃん”でお呼びしてよろしいですか？						はい		・		いいえ	
ご住所 〒		-		電話番号 (-		-)	
				携帯番号 (-		-) 父・母	

以下の項目について、お分かりになる範囲でご記入ください。

① 出産・発育について

- ・出生:()週()日 ・出生体重()g ・出生身長()cm
- ・出生時何か治療を受けられましたか?(なし ・ あり)
- ・乳児期の栄養法: 母乳 ・ 混合 ・ ミルク
- ・発育について: 特に心配ない ・ 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 ・風疹 ・はしか ・おたふくかぜ ・百日咳 ・水ぼうそう ・肺炎
- ・けいれん ・喘息 ・アトピー性皮膚炎 ・花粉症 ・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 予防接種について

- ・ヒブ(Hib) (未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加) ・小児肺炎球菌 (未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加)
- ・四種混合・三種混合 (未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加) ・BCG (未 ・ 済)
- ・麻しん・風しん(MR) (未 ・ 1期 ・ 2期) ・水ぼうそう (未 ・ 1回 ・ 2回)
- ・日本脳炎 (未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 第1期追加 ・ 第2期) ・B型肝炎 (未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加)
- ・ロタウイルス (未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加) ・二種混合(ジフテリア・破傷風) (未 ・ 済)
- ・おたふくかぜ (未 ・ 1回 ・ 2回) ・子宮がん (HPV) (未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回)
- ・ポリオ単独 (未 ・ 済) ・はしか単独 (未 ・ 済) ・風しん単独 (未 ・ 済)

⑤ 食物アレルギーについて。 なし ・ あり (内容:)

⑥ 薬物アレルギーについて。 なし ・ あり (内容:)

⑦ 他アレルギーについて。 なし ・ あり (内容:)

⑧ 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?()
- ・次の病気にかかったことのある方はおられますか? 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 ・ アレルギー体質)