

<あおい小児科 問診票>

ふりがな

お名前 男・女 生年月日 年 月 日 ( 歳 ケ月)

ご住所

電話番号 携帯番号

① 今日はどのような理由でご来院なさいましたか。 体温 °C 体重 kg

- ・乳児健診 ( 歳 ケ月)
- ・予防接種 (ワクチン名: )
- ・症状があるので いつから どんな症状ですか

② 妊娠週数 週 日 出生体重 g

妊娠中及び出生時に異常がありましたか。

- ・はい (具体的に )
- ・いいえ

③ 今までにかかった病気とその年齢 (○を付けてください)

麻疹 ( 歳) 風疹 ( 歳) 水ぼうそう ( 歳) おたふくかぜ ( 歳) 喘息 ( 歳)  
突発性発疹 ( 歳) 熱性けいれん ( 歳) 川崎病( 歳) その他 ( 歳)

④ 健診で指摘を受けたことはありますか。

- ・はい (具体的に )
- ・いいえ

⑤ 接種済みの予防接種 (○を付けてください) ※わかる範囲で結構です

肺炎球菌 ヒブ B型肝炎 ロタウイルス BCG 水痘 おたふく DT (破傷風・ジフテリア)  
DPT-IPV(4種混合) DPT (3種混合) ポリオ (生 or 不活化) MR (麻疹・風疹)  
DPT-IPV-Hib (5種混合) 日本脳炎 子宮頸がん その他 ( )

⑥ 薬のアレルギーはありますか？

- ・はい (薬の名前 )
- ・いいえ

⑦ 食物アレルギーはありますか？

- ・はい ( )
- ・いいえ

⑧ ご家族に大きな病気をされた方はいらっしゃいますか？

- ・はい(具体的に )
- ・いいえ

⑨ ご家族にアレルギーをお持ちの方はいらっしゃいますか？

- ・はい (具体的に )
- ・いいえ

患者の皆様へ

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。

正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

(2023.9.1~)