

<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 ヶ月)

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 k g

- ・乳児健診 (歳 ヶ月)
- ・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～)