ID＿＿＿＿＿＿

小児科問診表

年　　月　　日

当院を初めて受診される方はご記入していただき、記入後は受付窓口へお持ちください

ﾌﾘｶﾞﾅ		住　所	〒　　－
氏名	（男・女）		TEL　　－(　　)－(　　)
生年月日	H・R　　年　　月　　日（　　歳　　ヶ月）	携帯電話	(　　)-(　　)-(　　) 続柄:

緊急連絡先 ①実家又はその他 連絡先（続柄）	〒　　－	電話番号　　(　　)	（続柄）
②職場・会社名		／ 職場連絡先　　(　　)	

※緊急連絡先①②（どちらか一方は必ずご記入ください）　☐ 入力チェック

いつからどこが具合悪いですか？

現在　体重（　　kg）　体温（　　℃）

（　　）

今までかかった病気にチェックしてください（年齢も記入してください）

☐突発性発疹　＿＿歳
☐麻しん（はしか）＿＿歳
☐おたふくかぜ　＿＿歳
☐水ぼうそう　＿＿歳
☐風しん（三日はしか）　＿＿歳
☐ぜんそく・ぜんそく様気管支炎＿＿歳から
☐薬のアレルギー　＿＿歳
☐けいれん　・発熱あり　＿＿歳
・発熱なし　＿＿歳

☐その他の病気やアレルギーなどあれば記入してください　（　　）

入院経験　☐あり　☐なし　※ありの方　病名（　　）　いつ（　　）歳　どこへ（　　）病院

今までにした予防接種にチェックしてください

☐BCG　☐三種混合　☐ポリオ　☐四種混合
☐ヒブワクチン　☐肺炎球菌ﾜｸﾁﾝ　☐麻しん　☐風しん
☐麻しん・風しん混合ﾜｸﾁﾝ　☐1期　☐2期　☐3期
☐子宮頸癌ﾜｸﾁﾝ　☐日本脳炎

☐おたふくかぜ　☐みずぼうそう
☐B型肝炎
☐ロタリックス
☐その他　（　　）

ご家族の事について

ﾌﾘｶﾞﾅ
お父様　お名前＿＿＿＿＿＿　生年月日　　年　　月　　日（　　歳）　ご職業（　　）

ﾌﾘｶﾞﾅ
お母様　お名前＿＿＿＿＿＿　生年月日　　年　　月　　日（　　歳）　ご職業（　　）

ご本人の出生時の様子

・異常　☐なし　☐あり（　　）

・出生時体重　（　　g）

・何週で生まれましたか　（　　週）

お子様のご兄弟について

ﾌﾘｶﾞﾅ
お名前＿＿＿＿＿＿　男・女　H・R　年　月　日（　歳）
お名前＿＿＿＿＿＿　男・女　H・R　年　月　日（　歳）
お名前＿＿＿＿＿＿　男・女　H・R　年　月　日（　歳）

育児上の心配事がありましたらお書きください

（　　）

診療所へ受診された理由についてよろしければ教えてください。

☐ ホームページをみた　☐ 新聞・広告・チラシをを見た　☐ ご家族が受診している　☐ 友人などから聞いた
☐ その他

※この用紙の個人情報は診療以外の目的で使用いたしません。