

きむら内科小児科クリニック 初診問診票

小児科

記入日 西暦 年 月 日

お名前	ふりがな	性別	生年月日		
		男 女	平成・令和	年	月 日
連絡先	〒 —	電話番号			
		自宅	—	—	
		携帯	—	—	

以下の項目について、□に✓チェックもしくはご記入ください。

■本日はどうなさいましたか？（いつからですか？）

■今までに大きな病気にかかったり、手術のご経験はありますか？（□はい・□いいえ）

「はい」とお答えの方にお伺いします。

・それはいつ、どのような病気でしたか？

（

）

■現在内服されているお薬はありますか？（□はい・□いいえ）

「はい」とお答えの方にお伺いします。

・どのようなお薬ですか？（

）

■食物やお薬で発疹が出たり具合が悪くなったことはありますか？（□はい・□いいえ）

「はい」とお答えの方にお伺いします。

・原因はなんでしたか？（食物名：

薬剤名：

）

■お家にたばこを吸う方がいますか？（□いる・□いない）

■出生時体重（ kg） 在胎（ 週） 現在の体重（ kg）

■アレルギーの有無（□有・□無）

・原因はお分かりですか？（食物名：

薬剤名：

）

■予防接種歴 ヒブ（1回目 2回目 3回目 追加） 肺炎球菌（1回目 2回目 3回目 追加）

4種混合（1回目 2回目 3回目 追加） BCG、ロタ（1回目 2回目 3回目）

B型肝炎（1回目 2回目 3回目） MR（1回目 2回目）

日本脳炎（1回目 2回目 3回目 追加 4回目）

水痘（1回目 2回目） おたふく風邪（1回目 2回目）

2種混合（済み 未接種） 子宮頸がん（1回目 2回目）

■その他お聞きになりたいことはございますか？（

）

■何を見て当院をお知りになりましたか？

□インターネット（□PC・□スマホ） □ご家族、知人の紹介 □折り込みチラシ □SNS

□看板 □他医療機関の紹介 □いつも前を通っているから □その他（

）

ありがとうございました。診察までしばらくお待ちください。

※当院では個人情報を患者さんへの医療サービス提供等を目的として利用させていただいております。

なお、患者さんに安心して医療を受けていただくために個人情報の取り扱いには万全の態勢で取り組んでおります。