

問診票 (1歳以上用)

フリガナ

患者氏名

記入者名

患者との続柄

住所

自宅電話番号

携帯電話番号

I. 本日、お子さんが来院された理由をお知らせください。

発熱(月 日～)

ひきつけ(月 日～、 回目)

嘔吐(月 日～ 回、最終 時) 下痢(月 日～、血便 あり、なし)

咳(月 日～、朝・昼・夜に多い)、 鼻汁(月 日～)

呼吸困難(月 日～)

鼻血が止まらない(月 日～)

その他理由()

II. お子さんを妊娠あるいは出産されて時の状態について

1. 分娩は予定通りでしたか? はい・いいえ

「いいえ」の場合、()日早い、()日遅い

2. 生まれた時の体重は(g)、身長は(cm)

3. 妊娠、出産時になにか問題はありましたか? はい・いいえ

「はい」の場合()

III. 予防接種について

BCG(未・済み)、 ヒブ(回目)、 肺炎球菌(回目)、

B型肝炎(回目)、 4種混合(回目)、 3種混合(回目)、

ポリオ(回目)、 ロタ(回目)

MR (未・1回目・2回目)、 水痘(未・1回目、2回目)、

おたふく(未・1回目・2回目)、 二種混合(未・済み)、

その他ワクチン(、 回目)

IV. 発育について

首がすわった 生後()か月 ことば 生後()か月

ひとり歩き 生後()か月

v. 当院について何でお知りになりましたか?

看板、インターネット、親戚、知人、その他()