

# 問診票 (1歳未満用)

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)、  
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 あやし笑い 生後( )か月  
お座り 生後( )か月 人見知り 生後( )か月  
つかまり立ち 生後( )か月 喃語 生後( )か月  
伝い歩き 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( )