清音クリニック　小児科　問診票

フリガナ

氏名　　年令　　才　　ヶ月

身長（　　）ｃｍ　体重（　　）ｋｇ　学校名（園）　　（　）年（　　）組

●本日はどうされましたか？　（いつからどんな症状がありますか？）

・症状　（　　）
・健診　・予防接種　//　・発達が気がかり　//・その他（　　）
・他院からの紹介

●アレルギーがありますか？　□ない　□ある　・薬（　　）

・食べ物（　　）・動物（　　）・花粉　・その他（　　）

●同居のご家族に○をしてください。～ご兄弟は（　）内に年齢を書いてください～

．　祖父・祖母・父・母・兄（　　）・姉（　　）・弟（　　）・妹（　　）
その他（　　）// 犬・猫・ハムスター・（　　）

●新生児期から２，３才まで

＊早産児（在胎 37 週未満）ですか？　→（いいえ・はい）　在胎何週で出生？（　週　日）
＊低出生体重児（2500ｇ未満）ですか？→（いいえ・はい）　生まれた時の体重は？（　　ｇ）
＊新生児期の異常は？　□ない　□あり（　　）
＊ひとり歩き（　　）ヶ月
＊ことばの遅れ　□なし/なかった　□あり/あった

●生まれつきの病気や、今までにかかった病気がありますか？

・突発性発疹　・水ぼうそう　・中耳炎　・喘息性気管支炎　・気管支喘息
・アレルギー性鼻炎　・花粉症　・アトピー性皮膚炎　・食物アレルギー　・けいれん
・その他（　　）
★入院歴　□なし　□あり　≪病名　　≫（　歳）
≪病名　　≫（　歳）

●マイナ保険証による診療情報取得に同意されますか？（　はい　・　いいえ　）

当院は、マイナ保険証や問診票等を通じて正確な診療情報を取得、活用することにより、質の高い医療の提供に努めております。

～　ご協力ありがとうございました　～