新患問診票（小児科）

受付NO.

記入日　平成　　年　　月　　日

ふりがな		性別	ご住所	〒（　　－　　）
お名前		男 女		
生年月日	平成　　年　　月　　日		電話	（　　）
年齢	歳　　ヶ月			
体重	Kg		携帯電話	（　　）
体温	℃			

〇お薬に対してアレルギーはありますか？　ない ・ ある （薬名：　　）・わからない

本日はいかがなさいましたか？（該当の症状に〇をして、記載してください。）

◇発熱　いつから（　　）体温（　　℃）解熱剤使用（　あり ・ なし　）

◇はな　いつから（　　）さらさら ・ ネバネバ ・ 鼻づまり ・ほか（　　）

◇せき　いつから（　　）痰がらみ ・ から咳 ・ ゼーゼー ・ ほか（　　）

◇嘔吐　いつから（　　）回数（1日　　回くらい）最後に吐いた時間　　時頃

◇下痢　いつから（　　）回数（1日　　回くらい）

かたち（ 水様 ・ 泥状 ・ 軟 ）　色（ 黄茶色 ・ 白色 ・血が混ざる ）

◇発疹【ブツブツ・赤み・乾燥】（いつから　月　日から）部位：頭・顔・手・足・お尻・口の中・ほか

◇上記以外の症状（　　）

◇書類希望（　　）

【書類代】治癒証明書 320円　アレルギー生活管理票 1通 1,080円　与薬依頼書 1通 1,080円

（治癒証明書は持参されますと書類代のお会計はありません。）

その他

1. 出生時の体重（妊娠　　週　　g ）
2. 出生時のことで伝えておきたいこと　（　　）
3. 兄弟・姉妹はいらっしゃいますか　いない ・ いる（　人兄弟（姉妹）の　番目 ）
4. 今までにかかった病気について〇をつけてください。

突発的発疹 ・ はしか ・ 風疹 ・ 水ぼうそう ・ おたふく ・ 百日咳 ・ 気管支炎 ・ 喘息 ・ 肺炎 ・ 下痢

その他（　　）

ひきつけ → 最終：　年　月　日、計　回

抗けいれん剤の使用：無 ・ 有（薬名：　　）

5. 予防接種を受けたことがありますか　いいえ ・ はい（受けた予防接種すべてに〇をつけてください）

BCG ・ ポリオ生ワクチン（　回）・ または不活化ポリオ（ 1 ・ 2 ・ 3回 ・ 追加 ）

ヒブワクチン（ 1 ・ 2 ・ 3回 ・ 追加 ）・ 肺炎球菌（ 1 ・ 2 ・ 3回 ・ 追加 ）

三種混合・四種混合（ 1 ・ 2 ・ 3回 ・ 追加 ）・ 麻疹＋風疹 MR（ 1 ・ 2回 ）

二種混合（ジフテリア＋破傷風 ）・ 日本脳炎（ Ⅰ期 1 ・ 2回 ）（追加）（ Ⅱ期 ）

B型肝炎（ 1回目 ）（ 2回目 ）（ 3回目 ）・ 水痘（ 1 ・ 2 回 ）・ おたふく（ 1 ・ 2 回 ）

ロタ生ワクチン（ 1回目 ）（ 2回目 ）・ その他（　　）

6. 食物アレルギーの有無　ない ・ ある　（食品名：　　）・ わからない
7. お薬は飲めますか　はい （ 水薬 ・ 粉薬 ・ 錠剤 ・ カプセル ）・ 苦手 ・ わからない
8. 入院されたことはありますか　いいえ ・ はい　（はいの方は以下にご記入ください）

病名：（　　）いつ（　年　月　日から　日間 ）

【アンケートにご協力をお願いいたします。】

どのようにして、当院をお知りになりましたか？

① ｲﾝﾀｰﾈｯﾄ（ ﾎｰﾑﾍﾟｰｼﾞ ・ 検索サイト ）　② クリニック前看板　③ 家が近い　④ 会社が近い

⑤ 紹介 （ 他医療機関から ・ 家族から ・ 友人から）　⑥ その他（　　）