問　診　票

（初めて受診される方についてご記入ください）

こばやしこどもクリニック

ふりがな お名前	男　女	ご住所	〒（　　―　　）
生年月日　H　　年　　月　　日			
電話（自宅）　　－　　－　　（携帯）　父　母　　－　　－			

◎本日はどのような症状で来院されましたか？　　それはいつ頃からですか？

院内で測った体温	℃
体重	kg

◎現在飲んでいる、または使用しているお薬はありますか？　　はい　　いいえ

・はいの方　⇒　おくすり手帳などの、お薬の情報はお持ちですか？　　はい　　いいえ

・これまでにお薬で発疹が出たり具合が悪くなったことがありますか？　　はい　　いいえ
　お薬の名前　（　　）

・お薬の希望　　⇒ シロップ　　粉　　錠剤　　漢方

◎これまでに医師から診断された病気・疾患など（疑いも含む）がありますか？　　はい　　いいえ

・突発性発疹　　・アトピー性皮膚炎　　・ぜんそく

・花粉症、アレルギー性鼻炎　　・食物アレルギー　（食物の種類⇒　　）

・麻しん（はしか）　　・おたふく　　・水痘（水ぼうそう）

・けいれん（けいれんの時　発熱　⇒　有　無　）・その他（　　）

◎ご家族にぜんそくの方はいますか？　はい　　いいえ　どなたが⇒（　　）

◎同居者でたばこを吸う方はいますか？ はい　　いいえ

◎現在通っている幼稚園、保育園、学校などありましたらお書きください。　＿＿＿＿＿＿＿＿

◎きょうだいはいますか？　　はい　　いいえ　　人きょうだいの　　番目

◎ペットは飼っていますか？　　はい　（ペットの種類　　）　いいえ

◎出生時のことをお伺いします。

・在胎週数＿＿週＿＿日　　・出生体重＿＿＿g

・出生時のことで伝えておきたい事があればご記入ください。

（　　）

◎その他、医師に伝えておきたい事があればお書きください。

◎予防接種について　済んでいるものに〇をつけてください。

・ヒブ　　回　　・肺炎球菌　　回　　・B型肝炎　　回

・ロタワクチン　　回　　・4種混合　　回　　・BCG

・MR（麻しん、風しん）　　回　　・水痘（水ぼうそう）　　回　　・おたふく　　回

・日本脳炎　　回　　・ポリオ　　⇒　生　　回　　不活化　　回

・その他　（　　）