

どんぐりキッズクリニック問診票

この問診票は、お子様が受診される際にあらかじめご記入いただき、診察の迅速化に役立てるためのものです。お子様、ご家族様の個人情報、個人情報保護法の規定により診療以外の目的で使用いたしません。

お子様のお名前 _____

お子様の年齢 _____ 歳 (1歳未満の方の場合 _____ か月)

ご住所 _____

お電話番号 _____ (_____) _____

現在のお子様の体重 _____ Kg

おじいちゃんおばあちゃんまでのご家族の中で遺伝的な病気をお持ちの方はいますか？

いいえ はい→それは何ですか？

本日の受診の主な理由(○もしくは()内にご記入ください)はなんですか？

発熱 咳 嘔吐 下痢 腹痛 頭痛

その他(_____)

今回の症状の簡単な経過をご記入ください

これまでの発達歴、予防接種、かかった病気について伺います

お生まれになったとき何か問題があったといわれましたか？

いいえ はい→それはどんな問題でしたか？(_____)

これまでの健診で何か問題を指摘されたことがありますか？

いいえ はい→それはどんな問題でしたか？(_____)

以下の項目で予防接種をされたものに○をつけてください

BCG 三種混合(期 回、追加) ポリオ MR(麻疹、風疹)

おたふく 水ぼうそう ヒブ(回)

以下の項目でかかったことのあるもの、疑われたことのあるものに○をつけてください。

麻疹(はしか) 水ぼうそう 突発性発疹 熱性けいれん(ひきつけ) てんかん

ぜんそく 食物アレルギー

現在お使いのお薬があればお書きください

これまでにお薬で発疹が出たり、副作用が出たりしたことがありますか？

はい いいえ

「はい」のかた→その薬は何ですか？

ありがとうございました。頂いた情報は大切にさせていただきます。

どんぐりキッズクリニック 院長 石井ちくさ