

ID: 【 ふじた小児科 問診票 】 年 月 日

ふりがな

お名前

性別: 男・女



生年月日: 西暦 年 月 日 (年齢 歳 ヶ月)

ご住所: 〒 電話番号: \_\_\_\_\_

体温: \_\_\_\_\_℃ 身長: \_\_\_\_\_cm 体重: \_\_\_\_\_kg

① 本日はどうされましたか?

いつから? ( )

発熱 咳 鼻水 嘔吐 下痢 発疹 予防接種、健診のための受診 その他

② 出産・発育について

出生: ( )週 ( )日 出生体重 ( )g 黄疸: なし あり → 光線療法・交換輸血

発育について: 心配がある ・ 指導を受けたことがある ・ 特に心配はない

③ 家族構成

児との関係	年齢	職業・学校・幼稚園など	児との関係	年齢	職業・学校・幼稚園など

④ 今までにかかった病気、もしくは現在、通院中・治療中の病気について

今までにかかった病気 ( )

現在通院中の病気 てんかん・喘息・アトピー性皮膚炎・アレルギー性鼻炎・花粉症・発達障害、発達の遅れ

その他の病気 ( )

現在定期的に内服している薬があればご記入ください。 ( )

入院したことがあればご記入ください。 ( )

⑤ 食物アレルギー なし・あり → ( 内容: )

⑥ 薬物アレルギー なし・あり → ( 内容: )

⑦ ご家族について

タバコを吸う方はおられますか? いない ・ いる どなたですか? ( )

アレルギー疾患の方はおられますか? いない ・ いる どなたですか? ( )

( 喘息 ・ アトピー ・ 食物アレルギー ・ 花粉症 ・ 鼻炎 ・ その他 ( ) )

次の病気にかかったことのある方はおられますか? いない ・ いる どなたですか? ( )

けいれん 心臓病 腎臓病 肝臓病 血液疾患 結核 遺伝性疾患

★来院のきっかけについてお聞かせください★

・看板、広告を見て ・知人より紹介 ・ホームページを見て ・他院からの紹介  
・家、職場から近い ・前医より継続 ・その他 ( )