

問診票（乳幼児用）

年 月 日 記入

ふりがな

氏名 男・女 平成 年 月 日生

住所 〒

ご自宅の電話番号

保護者の緊急連絡先 (続柄)

.....下記の質問にお答えください.....

* 今日は、どのような症状もしくは相談があって来院されましたか？ 来院時体温 ℃

* 現在の健康状態

身長 cm 体重 kg

機嫌（良い・悪い） 食欲（あり・なし） 睡眠（よく寝る・ぐずって寝ない）

便の状態（かたい・普通・やわらかい・下痢）

* 生まれた時の様子

身長 cm 体重 kg

分娩時何らかのトラブルがありましたか？（早産 週・出生時仮死・その他

* 今までにかかった病気に○をつけてください。

突発性発疹 麻疹（はしか） 水痘（みずぼうそう） 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）

風疹（三日はしか） 百日咳 肺炎 喘息 川崎病 心臓病 腎臓病 その他（ ）

* 今までに手術をしたことがありますか？

なし あり（いつ： どの部位： ）

* 今までに輸血をしたことがありますか？

なし あり（いつ： なぜ： ）

* いままでに受けた予防接種に○をつけてください。

四種混合（DPT：百日咳・ジフテリア・破傷風・ポリオ）・1期（1回目・2回目・3回目）追加接種

三種混合（DPT：百日咳・ジフテリア・破傷風）・・・1期（1回目・2回目・3回目）・追加接種

二種混合（DT：ジフテリア・破傷風）

ポリオ・・・生ワクチン（経口）の場合（1回目・2回目）

不活化ワクチン（注射）の場合（1回目・2回目・3回目・追加接種）

BCG（結核予防ワクチン） MR（麻疹・風疹）（1回目・2回目） 水痘 おたふくかぜ

Hib（ヒブ：インフルエンザ菌による髄膜炎）・・・1回目・2回目・3回目・追加接種

小児用肺炎球菌ワクチン（肺炎球菌による髄膜炎）・・・1回目・2回目・3回目・追加接種

日本脳炎・・・・・・・・・・1期（1回目・2回目・追加接種）・2期

* 下記のアレルギー体質で当てはまるものがあれば○をつけてください。

薬剤アレルギー（薬の名前： 症状： ）

熱性けいれん（ひきつけ） 喘息 卵アレルギー じんましんが出やすい アトピー体質

ワクチン接種後のアレルギー（ワクチンの種類 症状 ）

母子手帳をお持ちの方は、この問診票といっしょに受付へお渡しください。裏面へ

※ 保護者の方が当院を選ばれた理由をお聞かせください。(複数回答可、○をつけてください)

- ① 近所だから
- ② インターネットで検索して
- ③ 各種専門医(内科、腎臓、高血圧、循環器など)としての役割に期待して
- ④ 評判を聞いて
- ⑤ 以前通っていた
- ⑥ 家族や知人に勧められて(あるいは通っているから)
どなたですか？ (続柄)
- ⑦ 女性医師が居るから
- ⑧ 小児科も診てもらえるので
- ⑨ ホームドクターとしての役割に期待して

ご協力ありがとうございました。受付へご提出ください。
個人情報保護法に基づき、当院での診療目的以外には利用しません。



八田内科医院
HATTA MEDICAL CLINIC