

初診問診票（小児科）

ふりがな

氏名 (女・男) 現在の体重 kg

生年月日 大 昭 平 年 月 日 (才 か月)

住所 (〒 -) 電話番号 () -

保育園・幼稚園・学校名 ()

1. 今日はどのような症状で受診されましたか。その症状はいつ頃から始まりましたか。

[]

2. その症状について他の医療機関に受診されましたか。

いいえ はい (はいの場合、病院・医院名)

3. 過去に大きな病気のために入院や手術を受けたことがありますか。

いいえ はい (はいの場合、病名、その年月日などをご記入ください)

[]

*とくに「心臓病」「腎臓病」「喘息」「ひきつけ」「川崎病」の場合は詳しく

4. 本人またはご両親にアレルギーはありますか？

ご本人 ない ある (「ある」の場合具体的に)

ご両親 ない ある (「ある」の場合具体的に)

5. これまでに飲み薬や注射で副作用が出たことがありますか。

いいえ はい (はいの場合、薬の名前、種類と副作用の症状)

[]

6. 兄弟または姉妹はいらっしゃいますか。 いない いる

差し支えなければお名前と年齢をお書きください

(才) (才)

7. (未就学児の方のみ) お子さんの出産と新生児期について

出産病院 出産週数 週 出産体重 g 身長 cm

出産時に異常はありませんでしたか？ (ない ・ ある)

前早期破水 吸引分娩 鉗子分娩 帝王切開 臍帯巻絡 胎児心音微弱

8. 受けた事の有る予防接種に○を付けて下さい

B.C.G ポリオ 四種混合 三種混合 MR(麻疹・風疹混合) 日本脳炎

おたふくかぜ みずぼうそう Hib(ヒブ) 肺炎球菌 ロタウイルス

9. かかったことのある病気に○を付けてください

おたふくかぜ みずぼうそう 突発性発疹

10. みうら内科循環器科を受診された理由に○をつけてください。

1. 近くに住んでいる、または近くに勤めている

2. 家族がみうら内科循環器科にかかっている

3. 知人に薦められた、または評判を耳にした

4. 他の病院・医院から紹介された

5. その他 (よろしければ具体的に)

[]

ご協力ありがとうございました。