



体重 kg

大坪こどもクリニック

診療申し込み・問診票

診察の前にお聞きしたいことがありますので、ご回答ください。

ふりがな

お名前 男・女 (愛称) 生年月日 年 月 日

ご住所 〒 - 

(実家・携帯など予備住所・Tel) →

※発疹がでている場合は、発疹待合室がありますので、まず先におしらせください。

※おしっこをしたい方も、検査があるかもしれませんので、おっしゃってください。

1. 本人は兄弟 人中 番目。生まれたときの体重 g

妊娠中や出生時・健診等で何か異常を言われたことがありますか？

(なかった。 あった、具体的に)

① いままで、これらの病気にかかったことがありますか？

麻疹(はしか), 水痘(みずぼうそう), 流行性耳下腺炎(おたふく), 溶連菌感染症, 肺炎, 自家中毒,
喘息, 川崎病, 中耳炎

② ひきつけたことがありますか (はい・いいえ) ()

③ かぜをひくと「ぜいぜい」いいますか (はい・いいえ)

④ 喘息と言われたことがありますか (はい・いいえ)

⑤ くすりや食べ物などのアレルギー (はい・いいえ)

(蕁麻疹がでたり、気分が悪くなったりしたこと) がありますか

ほかに病気や大きなけが、また入院などしたことがある方は具体的に教えてください。

2. 予防接種について、受けたものに○をつけてください(わからないもの、自信のないものはその旨お書きください)

BCG, 四種混合, MR(麻疹(はしか)・風疹(みつかばしか)], おたふくかぜ, 水痘(みずぼうそう), 日本
脳炎, ヒブ, 肺炎球菌, ロタ, B型肝炎,

※今日の症状、心配ごと(○をつけてください)

熱 せき ハナ水 嘔吐 下痢 湿疹 その他

くわしくはスタッフからお聞きします

※飲んでいるくすり: あり, なし

※本人の性格、診察時気をつけて欲しいこと。