

# カラムンの森こどもクリニック 初診問診票

ご記入日 年 月 日

ふりがな		男 女	生年 月 日	西暦 年 月 日
お名前				年齢 ( 歳 ヲ月)
住所	〒 都道 府県 市	連絡 先	自宅: ( ) -	
			携帯: ( ) -	
集団生活	( ) 保育園・幼稚園・小学校・中学校・高校 / まだ			

以下の項目について、わかる範囲でご記入あるいは○印をつけてください

1. 出産と発育について

① ( ) 週 ( ) 日で出生

② 出生体重 ( ) g 出生身長 ( ) cm

③ 出生時の異常 なし ・ あり→以下にご記入ください  
 前早期破水 ・ 吸引分娩 ・ 鉗子分娩 ・ 帝王切開 ・ 臍帯巻絡 ・ 羊水混濁 ・ 胎児心拍音微弱  
 その他 ( )

④ 発育について心配なことがある 特に心配はない ・ 指導を受けたことがある ・ 心配がある  
 心配がある場合には具体的にお書きください

2. ご家族について

兄弟・姉妹はいらっしゃいますか  
 いない ・ いる→ ( ) 人兄弟 (姉妹) の ( ) 人目

3. 既往歴について

① 今までにかかった病気について (かかったことあるもの全てに○をしてください)  
 突発性発疹 ・ はしか ・ 風疹 ・ おたふくかぜ ・ 水ぼうそう ・ 百日咳 ・ 肺炎  
 気管支炎 ・ ノロ・ロタ胃腸炎 ・ RS ウイルス ・ 嘔吐しやすい ・ 風邪をひきやすい  
 てんかん ( ) 歳から 治療内容 ( ) 通院先 ( )  
 けいれん・熱性けいれん ( ) 歳から 今までに ( ) 回 予防投与 ( あり ・ なし )  
 発達障がい 診断名 ( ) 通院先 ( )  
 その他 ( )

② 現在、通院・治療中の病気はありますか いいえ ・ はい→以下にご記入ください  
 病名 ( ) いつから ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日  
 病院名 ( ) 受診間隔 ( ) おき

③入院されたことはありますか            いいえ ・ はい→以下にご記入ください  
 病名 ( \_\_\_\_\_ ) いつ ( \_\_\_\_\_ ) 年 ( \_\_\_\_ ) 月 ( \_\_\_\_ ) 日～ ( \_\_\_\_\_ ) 日間  
 →その後、定期受診はされていますか?    いいえ ・ はい→病院名 ( \_\_\_\_\_ ) 間隔 ( \_\_\_\_\_ ) おき

④過去に大きな手術の経験はありますか            いいえ ・ はい→以下にご記入ください  
 病名 ( \_\_\_\_\_ ) いつ ( \_\_\_\_\_ ) 年 ( \_\_\_\_ ) 月 ( \_\_\_\_ ) 日

⑤普段から飲んでいる薬はありますか            いいえ ・ はい→以下にご記入ください  
 薬剤名を教えてください。(お薬手帳をお持ちの方は来院時にご持参ください)

⑥家族の病歴について、伝えたいことがあればお書きください

4. アレルギーについて

①食物アレルギー    なし ・ あり  
 ありの場合→食品名 ( \_\_\_\_\_ ) 症状 ( \_\_\_\_\_ ) エピペンの使用    あり ・ なし

②薬物アレルギー    なし ・ あり→薬品名 ( \_\_\_\_\_ ) 症状 ( \_\_\_\_\_ )

③アトピー性皮膚炎    なし ・ あり→治療内容 ( \_\_\_\_\_ )

④喘息    なし ・ あり→治療内容 ( \_\_\_\_\_ )

⑤花粉症・アレルギー性鼻炎・アレルギー性結膜炎    なし ・ あり→治療内容 ( \_\_\_\_\_ )

5. 予防接種について

・ロタウイルス ( 種類:    ロタテック ・ ロタリックス \_\_\_\_回) ・ヒブワクチン ( \_\_\_\_回)  
 ・小児肺炎球菌 ( \_\_\_\_回) ・B型肝炎 ( \_\_\_\_回) ・四種混合 ( \_\_\_\_回) ・五種混合 ( \_\_\_\_回)  
 ・BCG (    受けてない ・ 受けた ) ・二種混合(破傷風・ジフテリア) (    受けてない ・ 受けた )  
 ・MR(麻疹・風疹) ( \_\_\_\_回) ・水ぼうそう ( \_\_\_\_回) ・日本脳炎 ( \_\_\_\_回) ・おたふくかぜ ( \_\_\_\_回)  
 ・子宮頸がん ( \_\_\_\_回) ・その他 ( \_\_\_\_\_ )

6. 医療情報活用について

①マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか  
 当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。  
           同意する        ・        同意しない        (同意いただいた方は、来院時にマイナ保険証をお持ちください)

②他の医療機関からの紹介状をお持ちですか  
           はい        ・        いいえ

7. 当院を受診されたきっかけをお教えてください(複数回答可)

近所だから    ・    建物(看板)を見て    ・    ホームページを見て    ・    広報を見て

ご協力ありがとうございました。