

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。