

※提供していただいた情報は、当院での治療目的以外には使用致しません。

いぬかい小児科問診表

20 年 月 日記入

発疹(ぶつぶつ)がある方は受付に申し出てください。

(ふりがな)
お名前:

生年月日: H 年 月 日 性別: 男・女

郵便番号: 携帯番号:

現住所: 電話番号:

実家住所: 電話番号:

兄弟姉妹: 人中の 番目

出生医療機関:

出生体重: g 妊娠期間: 週 母乳 混合 人工乳

☆いつからどんな症状ですか？

☆この病気で他の病院にかかりましたか？ いいえ・はい()

☆どこで当院をお知りになりましたか？○をつけて下さい。

友人・知人 インターネット 兄弟がかかっている その他()

☆今までにかかった病気に○をつけてください。

気管支炎 喘息 肺炎 はしか 風疹 おたふく 水痘 百日咳

手足口病 その他()

☆今までに受けた予防接種に○をつけて下さい。

ヒブ 肺炎球菌 四種混合 BCG MR おたふく 水痘 日本脳炎

ロタウイルス B型肝炎 三種混合 ポリオ 二種混合 子宮頸がん

☆ご家族の中でタバコを吸われる方がいらっしゃいますか？ いいえ・はい(父・母・他)

☆ご家族の中にペットがいますか？ いいえ・はい(イヌ・ネコ・その他)

★1歳以上のお子様のみ(起床時間) 時 分 (就寝時間) 時 分