ながいキッズクリニック 初診問診票

ふりがな　　記入者：母・父・祖父・祖母・その他

名前　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　男・女　年齢　＿＿＿歳　＿＿＿ヶ月

生年月日　昭和・平成・令和　＿＿＿年　＿＿＿月　＿＿＿日

住所　〒　　－

携帯番号　（　　）　　自宅番号　（　　）

Q1、今日は、どのようなことで受診されましたか？✓をつけ（）内に詳しく記入してください。

□ 発熱（　　）℃　□ のどの痛み　□ 頭痛　□ 咳　□ 鼻水　□（右・左・両）耳の痛み

□ 下痢　□ 腹痛　□ 嘔吐　□ 便秘　□ 発疹　□ その他〔　　〕

（　　）

水分（飲める・少ない・飲めない）　おしっこ（でる・少ない・でない）　食欲（ある・ない）

Q2、これまでに薬や食べ物で発疹が出たり、体調が悪くなったことはありますか？

1、　いいえ

2、　はい　→　いつ頃？（　　）

何で？　（　　）

Q３、現在療養中の病気はありますか？また、現在飲んでいる薬はありますか？

1、　いいえ

2、　はい　→　病名（　　）

お薬（　　）

Q４、これまでにかかった病気がありましたら〇で囲んでください

なし　不明

突発性発疹　熱性けいれん　水ぼうそう　おたふくかぜ　麻疹　風疹

喘息　アトピー性皮膚炎　川崎病　その他〔　　〕

Q5、これまでに受けた予防接種を〇で囲んでください　※母子手帳持参の方は記入不要です

未接種　不明→（次回母子手帳をご持参ください）

ヒブ（初　歳　ヵ月）１・２・３回目・追加

肺炎球菌（初　歳　ヵ月）１・２・３回目・追加

4種混合　１・２・３回目

B型肝炎　１・２・３回目

ロタウイルス（ロタリックス・ロタテック）

BCG

生ポリオ　１・２回目

DT

MR　１期・２期

水痘　１・２回目

おたふく　１回・２回目

日本脳炎　１期　１回・２回目・追加　２期

3種混合　１・２・３回目

不活化ポリオ１・２・３回目・追加

Q6、現在通われている園、または学校名を教えてください

（＿＿＿＿＿＿幼稚園・保育園）　（＿＿＿＿＿小・中学校＿＿年生）　通園ナシ

Q７、現在周囲で流行している病気があれば教えてください

（　　）

保険証受け取りサイン　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

NagaiKidsClinic