

お手数ですが、はじめて当院を受診される方は記入をお願いします

令和 年 月 日

かめだこどもクリニック問診表

ふりがな	
患者氏名	男 女 年齢 才 ヶ月
今日はどうされましたか	
アレルギーはありますか ない ある どのような症状がありますか () 食べ物で発疹がでたことがある () () 薬で発疹がでたことがある () () アトピー性皮膚炎 () 喘息 () 花粉症 その他 ()	
今飲んでいる薬はありますか ない ある ()	
身長	cm 体重 kg
お子さんの妊娠中に何か異常はありましたか ない ある ()	
お子さんの出産時に何か異常はありましたか ない ある () 出生時の体重 g	
今までにかかった病気に○をつけてください 突発性発疹 麻疹 風疹 水痘 おたふく ぜんそく アトピー性皮膚炎 熱性けいれん その他のけいれん その他 ()	
裏面もご記入をお願いします	

いままでに発達で異常を指摘されたことはありますか	
ない	ある（ ）
家族でタバコを吸う人はいますか	
両親とも	父のみ 母のみ いない
家族のなかでいままでに以下の病気を指摘されたかたはいますか	
ぜんそく	アレルギー（具体的に ） 腎臓病
糖尿病	心臓病 けいれん 高血圧 結核
その他（	）

予防接種歴 接種の終わっているものは□にシ点をお願いします ☒

	0才	1才～	3才～	5-6才	9才～	11才～
五種混合	① ☐ ② ☐ ③ ☐	④ ☐				
または四種混合	① ☐ ② ☐ ③ ☐	④ ☐				
Hib	① ☐ ② ☐ ③ ☐	④ ☐				
DT						☐
肺炎球菌	① ☐ ② ☐ ③ ☐	④ ☐				
B型肝炎	① ☐ ② ☐ ③ ☐					
ロタ	① ☐ ② ☐ (③ ☐)					
BCG	☐					
麻疹風疹		① ☐		② ☐		
水痘		① ☐ ② ☐				
おたふく		① ☐		② ☐		
日本脳炎				① ☐ ② ☐ ③ ☐	④ ☐	
子宮頸癌						① ☐ ② ☐ ③ ☐

ご協力ありがとうございました。個人情報保護に対する取り扱いは掲示板のご案内をご参照ください。

差し支えなければアンケートにご協力をお願いします

1. 当院をどちらでお知りになりましたか（複数回答 可）
- （ ） 知人から聞いて （ ） インターネットのHP （ ） かわさきのお医者さん（インターネット）
- （ ） 保健福祉センターの予防接種、健診協力医療機関の表 （ ） タウンページ （ ） 消火栓標識
- （ ） 通りかかって （ ） 雑誌
2. 今日はどうのようにしていらっしゃいましたか
- （ ） 徒歩 （ ） バス （ ） 電車
- （ ） 自転車 （ ） 自家用車

ご協力ありがとうございました。