

# 那珂キッズクリニック小児科 初診時間診票

ご記入日 年 月 日

ふりがな		年齢	性別	生年月日
お子さんのお名前		歳 ヶ月	男 女	年 月 日
保護者のお名前		歳	続柄	
ご住所	〒 - 茨城県 市町村郡			
電話番号	自宅 ( )		携帯 ( )	
携帯アドレス	@			
所属	保育園(所)・幼稚園・小学校・中学校			
お誕生のとき	出生体重( )g		在胎週数( )週	
今までにかかった病気 <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください	<input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> 麻疹 <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> その他のアレルギー <input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> 発達の遅れ <input type="checkbox"/> 熱性痙攣( 回) <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 妊娠中や出生時の問題 <input type="checkbox"/> 異物誤飲 <input type="checkbox"/> その他( )			
入院したことはありますか?	ない・ある( 才 病名 病院名 病院)			
手術したことはありますか?	ない・ある( 才 病名 病院名 病院)			
食物・薬のアレルギーはありますか?	ない・ある( )			
今までに済ませた 予防接種 <input checked="" type="checkbox"/> と該当するものに <input type="checkbox"/> をつけてください	<input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 三種混合(1・2・3・追加) <input type="checkbox"/> 四種混合(1・2・3・追加) <input type="checkbox"/> ポリオ(1・2・3・追加) <input type="checkbox"/> 麻疹風疹混合(1期・2期) <input type="checkbox"/> おたふくかぜ(1・2) <input type="checkbox"/> 水痘(1・2) <input type="checkbox"/> 日本脳炎(1・2・追加・2期) <input type="checkbox"/> H i bワクチン(1・2・3・追加) <input type="checkbox"/> 肺炎球菌(1・2・3・追加) <input type="checkbox"/> B型肝炎(1・2・3) <input type="checkbox"/> ロタウイルスワクチン(1・2・3)			
本日まで来院になった理由	<input type="checkbox"/> 診察(発熱あり) <input type="checkbox"/> 診察(発熱なし) <input type="checkbox"/> 乳児検診 <input type="checkbox"/> 予防接種( )			
他院かかりつけ医の有無	かかりつけ医療機関登録の同意書を提出した医療機関が <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明			

ご家族（お子様と同居の方のみご記入ください）

	年齢	特病・治療中の疾患	当院の診察券番号
父	歳		
母	歳		
兄弟姉妹	歳		
兄弟姉妹	歳		
兄弟姉妹	歳		
兄弟姉妹	歳		
祖父	歳		
祖母	歳		

ご記入いただきました問診票は受付にご提出ください。