

おくむらこどもクリニック 問診票

令和 年 月 日

ふりがな
お名前 _____ 様(男・女) 体温()℃ 体重()kg

就学状況: 未就園 / () 保育園・幼稚園 / () 学校

① 今日はどうされましたか?

(症状)	(いつから)
--------	----------

② 乳幼児の方にお伺いします。

突発性発疹症: 未 ・ 済 ・ わからない

③ 新生児の状態についてお答え下さい。

ア) お産はどこでされましたか? ()

イ) 生下時体重は () g

ウ) 在胎週数は () 週 () 日・不明

エ) 分娩は 【自然頭位・骨盤位・帝王切開・その他()】

オ) 栄養はどうでしたか? 母乳・人工・混合

④ 乳幼児の発育の遅れや、何か問題がありましたか?

なし ・ あり: 具体的に ()

⑤ 現在、他の病院などに通院中の方は、病名と通院先をお書きください。

心臓病(病名)・腎臓病(病名)・肝臓病(病名)・川崎病
熱性けいれん ・ その他の重い病気 ()
病院 () ・ 服用している薬 ()

⑥ アレルギー体質と言われたことはありますか?

なし ・ あり: 具体的に ()

⑦ 薬を飲んで、発疹、その他の副作用が出たことはありますか?

なし ・ あり: 具体的に ()

⑧ 領収書の有無をお答え下さい。

(※お会計がかからない場合、0円の領収書が出ます。必要な方は有、不要な方は無に○をつけてください。)

有 ・ 無

