

重要：ご記入いただく問診について

この問診は、受取時にスタッフが口頭で詳しく内容をおたずねします。
 受付でお話しされたくない内容はありますか？
 無 ・ 有 ※ お話しされたくない内容をご記入ください。



わかやま・こどもクリニック

Wakayama Child Clinic

診察券番号	受付時間	担当
-------	------	----

◆ 診察に必要な大切な情報です。なるべく詳しく空欄のないようにご記入をお願いします。

院内・車・外出 ()

ふりがな			身長	現在の体重
氏名	男 ・ 女		cm	kg
生年月日	R・H・S	年 月 日生 (才 ヶ月)		
住所	〒 -			
TEL	登録用 (自宅・父・母)	※必ず2ヶ所以上ご記入ください (父・母)		-
主にお世話をされているのはどなたですか？	母 ・ 父 ・ 祖母 ・ 祖父 ・ 他 ()			
現在、保育園に入園していますか？	はい ・ いいえ ・ 入園予定 (年 月 ~)			
現在、通園 (通学) しているのはどこですか？	() 保育園 ・ 幼稚園 ・ 小学校 ・ 中学校 (高校 ・ 大学 ・ 専門学校)			
かかりつけ医はいますか？	いいえ ・ はい () 小児科 () 耳鼻科			
当院での治療継続を希望されますか？	はい ・ いいえ	予防接種情報を希望されますか？	はい ・ いいえ	

👤 現在他院で治療されていますか？
 ▶ いいえ ・ はい 病名 () 治療内容 ()

👤 現在飲んでいる (使用している) お薬はありますか？ ▶ 無 ・ 有 ※お薬手帳を一緒に出してください。

👤 薬や食物のアレルギーはありますか？ ▶ 無 ・ 有 ()

👤 生まれつきの異常・発達の遅れはありますか？
 ▶ 無 ・ 有 ()
 ・ 出生時の体重 () g ・ 妊娠期間 () 週 ・ 生まれた病院は？ ()
 ・ 乳児期の栄養法は？ 母乳 ・ 混合 ・ ミルク ()

👤 今までに特別な病気はありますか？ ▶ 無 ・ 有 ()

👤 今までに罹ったことがありますか？
 突発性発疹 ・ みずぼうそう ・ おたふくかぜ ・ はしか (麻疹) ・ 風疹 ・ 喘息
 ひきつけ (いつ 回数 回) ・ アレルギー ()
 その他 ()

👤 済んでいる予防接種は？ ※母子手帳でご確認ください
 ● ヒブ (1・2・3・追加) ● 肺炎球菌 (1・2・3・追加) ● B型肝炎 (1・2・3) ● ロタウイルス (1・2・3)
 ● 四種混合DPT-IPV (1・2・3・追加) ● BCG ● 日本脳炎 (1・2・追加・2期) ● 麻疹風疹MR (1期・2期)
 ● 水ぼうそう (1・2) ● おたふくかぜ (1・2) ● 二種混合DT ● 子宮頸がん (1・2・3) ● インフルエンザ (1・2)
 ● 三種混合DPT ● 不活化ポリオ ● その他 () ● 健診 (3~4ヶ月・7~8ヶ月・9~11ヶ月)

👤 家族構成 アレルギー・喫煙の有無は？

本人と兄弟姉妹	アレルギー	当院受診
父 () 才 ・ アレルギー (無 ・ 有) ・ 喫煙 (無 ・ 有) ・ お子様の前での喫煙 (無 ・ 有)	() 才 (無 ・ 有)	() 有 ・ 無
母 () 才 ・ アレルギー (無 ・ 有) ・ 喫煙 (無 ・ 有) ・ お子様の前での喫煙 (無 ・ 有)	() 才 (無 ・ 有)	() 有 ・ 無
	() 才 (無 ・ 有)	() 有 ・ 無
	() 才 (無 ・ 有)	() 有 ・ 無

👤 当院をどのようにしてお知りになりましたか？ (複数選択可)
 ① 家族のかかりつけ ② インターネット
 ③ 当番医案内 ④ 看板 ⑤ 近所 ⑥ 建物を見て
 ⑦ 紹介 ()
 ⑧ 広告・雑誌 ()

受診される皆さまにLINEの登録をお願いしています

ご登録は？ 済 ・ 未 → QRコードより登録をお済ませください。

◆登録を済ませて、この問診表を受付までお持ちください！
※ご登録できないご事情のある方は、受付にお申し出ください。

当院からの大切なお知らせはLINEよりお知らせ!!登録された方へ

📺登録時にプレゼント 🐦ワクチン不足時など優先接種 など...



こちらから
ご登録を!

