はじめてフジタコドモクリニックを受診される方へ

お名前（ひらがな で）　　**生年月日**

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　**男・女**　20　/　/ ＿＿＿＿＿＿

住所　〒　　－　　**連絡先**

横浜市　磯子・　　区　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　－　　－ ＿＿＿＿＿＿

きょうだいはいますか？

いいえ ・ はい（　　人きょうだいの　　番目 ）

保育園・幼稚園に通っていますか？

（　　保育園 ・ 幼稚園 ）　・　通っていない

ご家族で、慢性的な病気を持っている方はいらっしゃいますか？

いいえ ・ はい（　　）

薬や食べ物で、アレルギー症状（発疹がでたり、体調を崩したこと）はありますか？

いいえ ・ はい（　　）

以下の病気にかかったことはありますか？

☐ みずぼうそう　☐ おたふくかぜ　☐ はしか　☐ 風疹　☐ 百日咳　☐ 溶連菌感染症

☐ 中耳炎　☐ 副鼻腔炎　☐ 肺炎　☐ 尿路感染症

☐ アレルギー性鼻炎　☐ 喘息　☐ アトピー性皮膚炎　☐ 川崎病

☐ けいれん(熱性・無熱性)　☐ てんかん　☐ 脳炎・脳症　☐ 髄膜炎・敗血症

☐ その他（心疾患・腎疾患・肝疾患など）

産まれたときの状態をお聞かせください

妊娠期間（　　週　　日）　出生体重（　　g）

☐ 帝王切開　☐ 吸引・かんし分娩　☐ ふたご

妊娠中および出生時、出生後の異常は？　なし ・ あり（　　）

これまでの乳幼児健診で、何か指摘されたことはありますか？

いいえ ・ はい（　　）

ワクチンの接種状況についてお聞かせください

☐ 接種できるものはすべて接種している　☐ 一部接種している　☐ 接種していない

☐ わからない

クリニックからのお知らせ（休診のお知らせなど）を
メールで受け取りたい方は、ご記入をお願いします
※メルマガではありません

E-mail

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿@＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

Instagaramでも同様の情報を提供しています

当院を受診しようと思ったきっかけは（複数選択可）

☐　近所・交通の便がよい　☐　診療時間

☐　予約システム　☐　感染対策（個室対応）

☐　口コミ・知人からの紹介

☐　その他（　　）

問 診 票

お名前（ひらがな で）　　**体重**

男・女　　kg

生年月日　　**初経**

20　　/　　/　　（　　歳　　か月 ）　　□　あり

[本日の受診の目的は]

診察　　予防接種　　健診　　その他（育児相談など）

あてはまるものにチェックをつけてください

□　発熱　（いつから：　　最高：　　℃　受診時：　　℃）

□　せき　□　はなみず・はなづまり　□　くしゃみ　□　たん　□　元気がない

□　頭痛　□　のどの痛み　□　耳の痛み・耳だれ　□　眼の充血　□　めやに

□　腹痛　□　吐き気　□　嘔吐（　　回）　□　下痢（　　回）　□　便秘

□　肌の乾燥　□　肌あれ　□　発疹　（部位：　　）

□　おむつかぶれ　□　じんましん　□　みずいぼ　□　虫さされ　□　けが（　　）

□　おねしょ　□　花粉症　□　にきび　□　月経痛　□　その他（　　）

□　鼻汁吸引　□　定期薬処方（　　）

いつから症状がありますか

通園・通学先や家庭内で感染症（インフルエンザ、胃腸炎など）の流行はありますか

□　いいえ　□　はい（通園・通学先：　　家庭内：　　）

今回の症状で、<u>他の病院</u>にかかったことはありますか

□　いいえ　□　はい（いつ：　　何科：　　）

現在他院で処方されたお薬を使用していますか

（お薬手帳をお持ちの方は提出してください、記入の必要はありません）

□　いいえ　□　はい（　　）

本日処方するお薬に、ご希望はありますか

□　シロップ　□　粉薬　□　錠剤　□　その他　□　相談したい

解熱剤は必要ですか　：　□　いいえ　□　シロップ　□　粉薬　□　錠剤　□　坐薬

[本日、相談したいことがありますか]

□　いいえ　□　はい（　　）

お話、ご質問など、どのようなことでもお気軽にどうぞ