

初めての方への質問表

ご面倒ですが、お子様とご家族の事を知っておきたいので、次の質問にお答え下さい。

ふりがな

(NO. \_\_\_\_\_) (記入日: \_\_\_\_月 \_\_\_\_日)

患者さまのお名前: \_\_\_\_\_ (男・女)

昭和・平成・令和 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日生れ 年齢: \_\_\_\_歳( \_\_\_\_ヶ月) 電話: \_\_\_\_\_

住所: 〒 \_\_\_\_\_ 携帯電話: \_\_\_\_\_

通っているのは: (なし) ( \_\_\_\_\_ 保育所・幼稚園) ( \_\_\_\_\_ 小・中・高等学校)

ご家族は: 父( \_\_\_\_歳) 母( \_\_\_\_歳) 子ども(本人には丸だけをして下さい)

(第1子:男/女 \_\_\_\_歳;名前 \_\_\_\_\_ ;No \_\_\_\_\_) (第2子:男/女 \_\_\_\_歳;名前 \_\_\_\_\_ ;No \_\_\_\_\_)

(第3子:男/女 \_\_\_\_歳;名前 \_\_\_\_\_ ;No \_\_\_\_\_) (第4子:男/女 \_\_\_\_歳;名前 \_\_\_\_\_ ;No \_\_\_\_\_)

1. 出生時の異常・今までにかかった病気(かぜ・胃腸炎以外)がありますか？

☐なし ☐あり(病名とその年齢をお書き下さい)

病名: \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_歳) \_\_\_\_\_

病名: \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_歳) \_\_\_\_\_

病名: \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_歳) \_\_\_\_\_

2. 本人か両親に、薬や食物(卵や牛乳・その他)でのアレルギーがありますか？ ☐なし

☐あり 本人(原因のもの: \_\_\_\_\_ 出る症状は: \_\_\_\_\_)

父親・母親(原因のもの: \_\_\_\_\_ 出る症状は: \_\_\_\_\_)

3. 済ませている予防接種に○を、かかった病気に×をして下さい。

ヒブ 肺炎球菌 ロタ B型肝炎 三種(4種)混合 BCG ポリオ MRI期(麻しん・風しん)

水痘(みずぼうそう)1回・2回 おたふくかぜ1回・2回 日本脳炎 MRⅡ期 二種 子宮頸がん

4. ご両親と兄弟姉妹の方に次の病気がありますか？

喘息(無・有なら誰: \_\_\_\_\_) アトピー性皮膚炎(無・有なら誰: \_\_\_\_\_)

アレルギー性鼻炎(花粉症)(無・有なら誰: \_\_\_\_\_)

甲状腺疾患(無・有なら病名と誰: \_\_\_\_\_)

その他の慢性の病気(無・有なら病名と誰: \_\_\_\_\_)

同居人で喫煙している方は (・祖父・祖母・父親・母親)

5. 薬の種類で、飲めないものに×、飲めるものに○、強く希望するものには◎をして下さい。

錠剤 粉くすり シロップ

6. 私どもに伝えておきたいことがありましたらお書き下さい。