

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 口タ 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。