

岡崎こどもクリニック 患者登録票・問診票 (No. )

〒			
ご住所			
電話番号			
ふりがな			
お名前		男・女	
生年月日	平成	年	月 日 体重 kg 身長 cm 体温 °C

以下の項目にわかる範囲でご記入ください、わからないところは空欄で結構です。

1) 出生時の状況

在胎週数: 週 日 出生時体重 g 仮死の有無: あり なし

2) 乳児期の栄養方法: 母乳 混合 人工

3) 今までにかかった病気に○をつけてください

突発性発疹・はしか(麻疹)・風疹・みずぼうそう(水痘)・おたふく(流行性耳下腺炎)・百日咳・気管支炎・肺炎・胃腸炎・熱性けいれん

その他( )

4) 食物アレルギーの有無 ある(制限している食物: )

ない わからない

5) お薬に対するアレルギーの有無 ある(薬品名 )ない わからない

6) アレルギー性疾患と言われたことがありますか?

食物アレルギー・アトピー性皮膚炎・乳児喘息・小児喘息・気管支喘息・喘息性気管支炎・アレルギー性鼻炎・花粉症・蕁麻疹・アルコールアレルギー(アルコール綿で皮膚発赤)

その他( )

7) 予防接種を受けたことがありますか? 接種済みのワクチンに○をつけてください

BCG ポリオ生ワクチン( 回) 不活化ポリオワクチン(1・2・3回・追加)

ヒブワクチン(1・2・3回・追加) 肺炎球菌ワクチン(1・2・3回・追加)

3種混合DPTワクチン(1・2・3回・追加) 4種混合DPTIPVワクチン(1・2・3回・追加)

麻疹風疹MRワクチン(1回・2回・3回以上) 日本脳炎(I期1回目・2回目)(II期)(追加)

水痘ワクチン(水ぼうそう)(1回・2回) ムンプスワクチン(1回・2回)

ロタワクチン(1回・2回・3回) B型肝炎ワクチン(1回・2回・3回)

その他( )

8) 入院されたことがありますか?

病名: 時期: 期間:

9) 常用薬(いつも飲んでるお薬)はありますか? はい( )

いいえ

10) 飲めないお薬はありますか? はい(水薬・粉薬・錠剤・カプセル)・苦手・飲めない

11) 当クリニックを何でお知りになりましたか?

- ①ホームページ ②駅看板 ③口コミ・紹介(友人・家族・その他) ④通りがかり

ありがとうございました

(DDまっぷホームページより印刷)