問診票（初診用）　　記入日 西暦　　年　　月　　日

（ふりがな）　　男 お名前　　女	生年月日 西暦　　年　　月　　日 （年齢　　歳　　ヶ月）
ご住所 〒（　　-　　）	電話番号 （　　-　　-　　） 携帯電話 （　　-　　-　　）

以下の項目について、お分かりになる範囲で○をつけて、ご記入ください。

① 出産・発育について
・出産：（　　）週（　　）日で出生　　出生体重：（　　）g
・出生後 NICU に入院： なし ・ あり
・黄疸： なし ・ 少しあり ・ あり → 光線療法 ・ 交換輸血
・乳児期の栄養方法： 母乳 ・ 混合 ・ ミルク
・発育・発達について： 心配がある ・ 指導を受けたことがある ・ 特に心配はない

② 兄弟姉妹が いない ・ いる → 男 ・ 女 （　歳） 男 ・ 女 （　歳）
男 ・ 女 （　歳） 男 ・ 女 （　歳）

③ 今までにかかった病気、 または現在、通院・治療中の病気について
・突発性発疹 ・風疹 ・はしか ・おたふくかぜ ・百日咳 ・水ぼうそう ・肺炎
・気管支ぜんそく ・アトピー性皮膚炎 ・アレルギー性鼻炎 ・花粉症
・熱性けいれん ・てんかん ・発達障害 ・便秘
・その他 （　　）
・入院したことがあればご記入ください （　　）

④ 現在、定期的に(長期的に)のんでいる薬 なし ・ あり → （　　）

⑤ 食物アレルギー なし ・ あり → （食物：　　）
薬物アレルギー なし ・ あり → （薬物：　　）

⑥ 現在通っている保育所・幼稚園・学校 （　　）

⑦ ご家族について
・タバコを吸う方はおられますか？ いない ・ いる →
・次のアレルギー体質の方はおられますか？ どなたですか？ （　　）
（気管支ぜんそく ・ アトピー性皮膚炎 ・ 食物アレルギー ・ 花粉症 ・ アレルギー性鼻炎 ・ 薬物アレルギー）

⑧ 当院を受診された理由を教えてください （複数回答可）
1．近所だから 2．以前から知っていたから 3．看板 4．広告 5．ホームページ 6．口コミ
7．その他 （　　）

ご協力ありがとうございました。

津田小児科
Tsuda Kids Clinic