

問 診 表

記入者： _____ 続柄（ ） _____

ふりがな
氏名： _____ 男・女（出産順位： 人中第 子） 生年月日： 年 月 日

住所：〒 _____

TEL(連絡先)：() _____ (携帯)

〈どのようなことが心配で来院されましたか？〉

[_____]

〈気が付いたのはいつですか？〉

[_____]

〈お子さんのことで気にかかる行動等がありましたら教えてください。〉
(動きが多い、注意が散漫しがちだ、こだわりがある等)

[_____]

〈現在、他の医療機関に通院中ですか？これまで他の医療機関で
みてもらっていましたか？〉

いいえ・はい（医療機関名： _____ ）
通院期間： _____
治療内容・経過： _____

〈当クリニックをどこで紹介されましたか？〉

名称： _____
紹介状：あり・なし _____

〈マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？〉

同意する・同意しない _____

〈受診されるこどもさんの妊娠中の様子〉

・妊娠中の異常：なし・あり（ _____ ）
・妊娠中に飲んだ薬：なし・あり（種類： _____ ）

〈受診されるこどもさんの出産後の様子〉

・これまで大きな病気にかかったことがありますか？
ない・ある（病名： _____ ）

時期： _____
治療内容・医療機関： _____

・在胎週数（ ）週 ・出生体重 g

・アレルギー性疾患
アトピー性皮膚炎：なし・あり（薬： _____ ）

喘息：なし・あり（治療内容： _____ ）
食餌アレルギー：なし・あり（ _____ ）

薬剤アレルギー：なし・あり（ _____ ）

・けいれん性疾患
熱性けいれん：なし・あり てんかん：なし・あり

内服薬： _____
・その他の疾患：なし・あり（ _____ ）

内服薬： _____
・睡眠について
夜間 時位～ 時位 薬の使用：なし・あり
昼ね 時位～ 時位

〈発達の経過〉

あやすと笑う（ カ月） 人見知り（ カ月）
追視（ カ月） 一人歩き（ カ月） 定頸（ カ月）

〈今までにかかった病気〉

病 名	かかった年令
突 発 性 発 疹 症	
麻疹(は し か)	
風 疹(三 日 ば し か)	
水 痘(水 ぼ う そ う)	
流 行 性 耳 下 腺 炎 (おたふくかぜ)	

〈予防接種の記録〉

		受けた年月日
ヒブ	1回目(オ カ月)	
	2回目	
	3回目	
	追加	
肺炎球菌	1回目(オ カ月)	
	2回目	
	3回目	
	追加	
B型肝炎	1回目	
	2回目	
	3回目	
四種混合	1期1回目	
	1期2回目	
	1期3回目	
	追加	
五種混合	1期1回目	
	1期2回目	
	1期3回目	
	追加	
B・C・G		
麻疹風疹混合 ワクチン	1回目	
	2回目	
水痘症 (みずぼうそう)	1回目	
	2回目	
日本脳炎	1期初回	1回目
		2回目
	1期追加	3回目
		2期
ロタウイルス	1回目	
	2回目	
	3回目	
おたふくかぜ	1回目	
	2回目	

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時) 加算1 4点 加算2 2点(マイナ保険証を利用した場合)

おぎのこ発達クリニック