

ぞうさんの家登録番号 ()

2020/9/1

ならぎき小児科ID ()



初めて「ならぎき小児科」を利用される方への質問

日付： 年 月 日

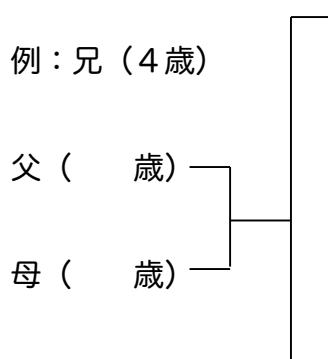
よみがな		性別	携帯電話	-	-
お子さまのお名前		女・男	(日中連絡可能) ○で囲む 母・父		
生年月日	平成 年 月 日		緊急連絡先電話番号	-	-
			○で囲む 母・父・その他 ()		
住所	〒				
	マンション・アパート名				
帰省中の方のみ ご記入ください	帰省先の電話番号： 帰省先の住所：				
所属する幼稚園・保育園・学校名					
1. 妊娠中に何か異常がありましたか？ ①異常なし ②異常あり ()					
2. お産に何か異常がありましたか？ ※早産のかたの予定日 ①異常なし ②異常あり () 年 月 日					
3. 生まれた時の体重は？ グラム 生まれた時の週数は？ 週					
4. 生まれた時にすぐ泣きましたか（仮死状態がありませんでしたか）？ ①すぐ泣いた ②泣くまでに 分くらいかかった					
5. 産婦人科を退院するまでに、黄だん・呼吸障害など何か問題がありましたか？ ①問題なし ②問題あり ()					
6. 発達は順調だと思いますか？ ①順調 ②心配あり ()					
7. 今までに何か大きな病気（例；入院や手術をした）をしたことがありますか？ ①ない ②ある ()					
8. 現在何か、ほかの病院にずっとかかっているような慢性の病気がありますか？ ①ない ②ある () どこにかかっていますか？ (病院 先生)					
9. 現在使っているお薬が何かありますか？ ①ない ②ある ()					
10. 次の病気のうち、すでにかかったものに○をつけてください。 ①はしか（麻疹） ②風疹 ③おたふくかぜ ④水ぼうそう ⑤突発性発疹					

↓ 引き続き、裏面の記載をお願いいたします。 ↓

11. 次の予防接種のうち、すでに終わったものに○をつけ、何回目かもしご記入ください。

- | | |
|----------------|-----------------|
| ① ヒブ (/4回) | ② 肺炎球菌 (/4回) |
| ③ B型肝炎 (/3回) | ④ 4種混合 (/4回) |
| ⑤ BCG | ⑥ 麻疹・風疹 (/2回) |
| ⑦ 水ぼうそう (/2回) | ⑧ 日本脳炎 (/4回) |
| ⑨ 3種混合 (/4回) | ⑩ 不活化ポリオ (/4回) |
| ⑪ 生ポリオ (/2回) | ⑫ 2種混合 |
| ⑬ ロタ (/2・3回) | ⑭ おたふくかぜ (/2回) |
| ⑮ その他 () | |

12. 家族構成をお書き下さい。兄弟姉妹は上から順番に性別と年齢を書いて下さい。



13. これまでに診断されたことのある病気に○をつけてください。

- ①喘息（継続して治療中・悪化時のみ治療） ②アトピー性皮膚炎 ③アレルギー性鼻炎
- ④食物アレルギー（卵、ミルク、他)
- ⑤薬疹（薬品名：) ⑥中耳炎（1回だけ、反復、滲出性）
- ⑦けいれん・熱性けいれん（ 回） ← 最終 年 月 日

（アンケート）当院への来院のきっかけを教えてください。該当番号に○をお願いします。

1. 家族からの紹介 2. 友人・知人からの紹介 3. 保育園・幼稚園・学校からの紹介
4. 家から近い 5. 建物を見て（近くを通過して）
6. 病児保育室があることを知って 7. 看板を見て 8. 当院ホームページを見て
9. インターネットでの検索や口コミを見て 10. 他の病院やドクターに紹介されて
11. その他 ()

本診療所では、会計・経理や他の病院等との連携、診療報酬の提出等を目的として個人情報を取得しています。同意いただける場合には、下記の□に✓（チェック）の記入をお願いいたします。

個人情報の扱いに同意する