



くまい医院問診票

令和

No.

年 月 日

フリガナ		男	S・H	年	月	日生
氏名		女		満年齢	歳	ヶ月
現住所	電話()	—	身長	cm		
	携帯()	—	体重	kg		



携帯、E-mailを使って医療情報をお知らせできるようになりました。
くまい医院からのお知らせをさし上げることに同意いただけますでしょうか。

はい ・ いいえ [E-mailアドレス] @

※該当する項目に○をつけて下さい

通っているのは？	保育園	幼稚園	小学校(年生)	中学生		
屋間の育児は？	母親	父親	おじいちゃん	おばあちゃん		
家族構成は？	父	母	兄弟(人)	姉妹(人)	祖父	祖母
	その他()	合計()人	※本人を含めた人数			

☆今日はどうされましたか？

発熱	咳	鼻水	発疹	湿疹	腹痛	頭痛	下痢	嘔吐	食欲不振	呼吸が早い
喘息	けいれん	ひきつけ	夜泣き	健康診断	その他()					

☆それはいつからですか？()

☆すでに診察を受けていますか？ 病名() 受診した病医院名()

☆かかりつけの病院・医院はありますか？

ない ・ ある() ※あると答えられた方は病医院名をお書きください

☆アレルギーについておたずねします。

・薬物アレルギー	なし	あり	抗生物質	風邪薬	その他()	
・食物アレルギー	なし	あり	牛乳	卵	魚	その他()

☆今までにかかった主な病気、入院や手術はありますか？

はしか	おたふくかぜ	水ぼうそう	風疹	百日咳	川崎病	溶連菌感染症
突発性発疹	喘息	アトピー性皮膚炎	その他()			
・入院……なし	・あり	病名()	()歳	()病院		
・手術……なし	・あり	病名()	()歳	()病院		

☆予防接種を受けていますか？

三種混合1期()回	2期	ポリオ()回	はしか	水ぼうそう	風疹
おたふくかぜ	MMR	インフルエンザ	日本脳炎()回	BCG	
ツベルクリン反応(+ 土 -)	その他()				

★未就学のお子様におたずねします。

・乳児期の栄養は？	母乳	混合栄養	人工栄養			
・離乳食は？	()	ヶ月より開始	ヶ月で終了			
・食欲は？	旺盛	普通	不良	むらがある		
・便の状態は？	黄	緑	茶	灰色	水様	軟 硬
・睡眠()時間	良	不良	夜泣き	夜尿	その他()	

☆この用紙に記入して下さった方 お名前 母 父 祖母 祖父 その他()

ありがとうございました