

初診問診票

ふりがな	
お名前	(男 ・ 女)
生年月日	平成 ・ 令和 年 月 日 (才 か月)
住所	〒
電話番号	母 ・ 父 ・ その他 ()
通園 (学) ()	保育園 ・ 幼稚園 ・ 小学校 ・ 中学校 ・ 高校 ・ 大学

●以下の項目についてお分かりになる範囲でご記入ください

妊娠中 ・ 出生時について
在胎 (週) 出生体重 (g) 栄養 (母乳 ・ 混合 ・ ミルク)
今までかかった病気について
突発性発疹 ・ RSウイルス感染症 ・ 水ぼうそう ・ おたふくかぜ ・ 百日咳 けいれん (熱性 ・ 無熱性) 回
喘息 ・ アトピー性皮膚炎 ・ じんましん ・ 花粉症 ・ 食べ物 (原因) 入院の有無 (あり ・ なし) 病名 () いつ頃 () 現在使用している薬はありますか? (はい ・ いいえ) 薬名 ()
家族の方について
ご兄弟 (名前 男 ・ 女 歳) (名前 男 ・ 女 歳) アレルギー体質の方はおられますか? どなたですか? () (喘息 ・ アトピー性皮膚炎 ・ 花粉症 ・ 鼻炎 ・ 食物アレルギー ・ 薬 ・ 他) 次の病気にかかったことがある方はいますか? どなたですか? () (けいれん ・ 糖尿病 ・ 心臓病 ・ 腎臓病 ・ 肝臓病 ・ 血液疾患 ・ 他)
予防接種について
B型肝炎 (未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回) 麻しん ・ 風しん (MR) (未 ・ 1期 ・ 2期) ヒブ(Hib) (未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加) 水ぼうそう (未 ・ 1回 ・ 2回) 小児肺炎球菌 (未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加) おたふくかぜ (未 ・ 1回 ・ 2回) 四種(三種)混合 (未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加) 日本脳炎 (未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 第1期追加 ・ 第2期) ロタウイルス (未 ・ ロタリックス1回 ・ 2回 ロタテック1回 ・ 2回 ・ 3回) BCG (未 ・ 済) 二種混合 (未 ・ 済) 子宮頸がん (未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回)

●当院を受診されたきっかけを教えてください

近所だから ・ ホームページ ・ 知人や友人の紹介 ・ ちらし ・ 前のクリニックから継続 ・ その他