

初診問診票

ふりがな			〒(-)
お名前		男 女	
生年月日	昭和・平成	年 月 日	
電話	()	携帯電話	
FAX	()	E-mail	

大人の方は、「問診7」以降の記入をおねがいします

1、出生時の体重	(妊娠 週 g)
2、出生時のことで伝えておきたいこと	
3、乳児期の栄養法 母乳 ・ 混合 ・ 人工 ・その他()	
4、兄弟・姉妹はいらっしゃいますか いない ・ いる(人兄弟(姉妹)の 番目)	
5、今までにかかった病気に○をつけてください。 突発性発疹 ・ はしか ・ 風しん ・ 水ぼうそう ・ おたふく ・ 百日咳 ・ 気管支炎 ・ 喘息 肺炎 ・ 下痢 ・ その他() ひきつけ → 最終: 年 月 日、計 回、 抗けいれん剤の使用: 無 ・ 有 (薬名:)	
6、予防接種を受けたことがありますか いいえ ・ はい (受けた予防接種すべてに○をつけてください) BCG ・ ポリオ生ワクチン(回) または不活化ポリオ(1・2・3回・追加) ヒブワクチン(1・2・3回・追加) ・ 肺炎球菌(1・2・3回・追加) 三種混合 DPT(1・2・3回・追加) ・ 麻疹+風疹 MR(1・2回) 二種混合(ジフテリア+破傷風) ・ 日本脳炎(I期 1・2回)(追加)(II期) 水ぼうそう ・ B型肝炎(1回目)(2回目)(3回目) ロタ生ワクチン(1回目)(2回目) ・ その他()	
7、入院されたことはありますか いいえ ・ はい (はいの方は以下ご記入ください) 病名: ()いつ: (年 月 日から 日間)	
8、食物アレルギーの有無 ない ・ ある (食品名:) ・ わからない	
9、薬に対するアレルギーの有無 ない ・ ある (薬名:) ・ わからない	
10、お薬は飲めますか はい(水薬 ・ 粉薬 ・ 錠剤 ・ カプセル) ・ 苦手 ・ わからない	
11、ご質問・ご意見等ありましたら、ご記入をよろしくお願ひします。	