

初診問診票



ふりがな お名前		男女	生年月日	年 月 日
			学校・幼稚園・ 保育園名	
ご住所	〒		電話番号	
			携帯電話	

① 出生について

- ・在胎：() 週 () 日 ・出生体重 () g
- ・出生時の異常： なし・あり ()
- ・黄疸：なし・あり

② 出生後の発達・発育

- ・体重の増え：問題なかった・良くなかった
- ・発達の遅れ：なし・あり
- ・その他 心配だったこと、指導されたこと

③ 今までに大きな病気や入院をしたことが： なし・ある

- ・病名：()
- ・いつ：(年 月)

④ 現在治療中の病気： なし・あり ()

⑤ アレルギー： なし・あり ()

⑥ ご家族について

- ・アレルギー体質の方はいらっしゃいますか？： いない・いる
 ↳どなたですか？：()
※アレルギー体質＝食物アレルギー、アトピー、喘息、アレルギー性鼻炎
- ・遺伝性の病気の方はいらっしゃいますか？： いない・いる
 ↳どなたですか？：() 内容：()

⑦ 今までに受けたワクチンに○をつけてください

B型肝炎 (未・1回・2回・3回)	ロタ (未・1回・2回・3回)
ヒブ (未・1回・2回・3回・4回)	肺炎球菌 (未・1回・2回・3回・4回)
四種混合・三種混合 (未・1回・2回・3回・4回)	二種混合 (未・済)
BCG (未・済)	MR (麻疹・風疹混合) (未・1回・2回)
水痘 (みずぼうそう) (未・1回・2回)	おたふくかぜ (未・1回・2回)
日本脳炎 (未・1回・2回・3回・4回)	子宮頸がん (未・1回・2回・3回)