



記入日 西暦 年 月 日

問診票 (初診用)

| | | | | | |
|-------------|--------|-----------|---|---|---|
| フリガナ お名前 | 男 女 | 生年月日 西暦 | 年 | 月 | 日 |
| | | (年齢 歳 カ月) | | | |
| ご住所 〒() | | 電話番号 () | | | |
| | | 携帯番号 () | | | |

以下の項目について、お分かりになる範囲で○をつけてご記入ください。

① 出産・発育について

☆ 出産時、何か異常がありましたか? ()

☆ 出生: () 週で出生 ☆ 出生体重 () g ☆ 出生身長 () cm

☆ 黄疸治療: (なし ・ あり) → 光線療法 ・ 交換輸血

☆ 発育について: 心配がある ・ 指導を受けたことがある ・ 特に心配はない

② 兄弟姉妹が いない ・ いる → 男 ・ 女 (歳) 男 ・ 女 (歳)
男 ・ 女 (歳) 男 ・ 女 (歳)

③ 今までにかかった病気、もしくは現在、通院・治療中の病気について

☆ 突発性発疹 ☆ 風疹 ☆ はしか ☆ おたふくかぜ ☆ 百日咳 ☆ 水ぼうそう ☆ 肺炎

☆ けいれん(熱の有無: 有・無) ☆ 喘息 ☆ アトピー性皮膚炎 ☆ アレルギー性鼻炎 ☆ 花粉症 ☆ 発達障害

☆ その他の病気 ()

☆ 入院したことがあればご記入ください。 ()

④ 予防接種について

☆ ヒブ(Hib) (未・1回・2回・3回・追加)

☆ 小児肺炎球菌 (未・1回・2回・3回・追加)

☆ B型肝炎 (未・1回・2回・3回)

☆ ロタウイルス(種類: ロタテック・ロタリックス) (未・1回・2回・3回)

☆ 四種混合・三種混合 (未・1回・2回・3回・追加)

☆ BCG (未・済)

☆ 麻疹・風疹(MR) (未・1期・2期) ☆ 水ぼうそう (未・1回・2回)

☆ おたふく風邪 (未・1回・2回) ☆ 日本脳炎 (未・1回・2回・第1期追加・2期)

☆ 二種混合 (ジフテリア・破傷風) (未・済) ☆ 子宮頸がん (HPV) (1回・2回・3回)

☆ その他のワクチン ()

⑤ 食物アレルギー なし ・ あり → (対象食物:)

⑥ 薬物アレルギー なし ・ あり → (対象薬剤:)

⑦ ご家族について

☆ タバコを吸う方はおられますか? いない ・ いる どなたですか? ()

☆ 次の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 ・ 食物アレルギー ・ 花粉症 ・ 鼻炎 ・ 薬物アレルギー ・ 他)

☆ 次の病気にかかったことのある方はおられますか? どなたですか? ()
(けいれん ・ 心臓病 ・ 腎臓病 ・ 肝臓病 ・ 血液疾患 ・ 結核 ・ 遺伝性疾患)

⑧ クリニックをお知りになったきっかけは何でしたか?
(ネット ・ ご友人の紹介 ・ 雑誌、フリーペーパー ・ 路面看板 ・ その他 ())

2枚目にお進みください