

問診表 (初診用)



ふりがな お名前	生年月日 令和 年 月 日 (年齢 歳 か月)
ご住所 〒 (-)	電話番号 (- -) 携帯電話 (- -)

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

出生 () 週 () 日で出生 出生体重 (g) 出生身長 (cm)

黄疸 (なし・少しあり・あり→光線療法・交換輸血)

乳幼児期の栄養方法 (母乳・混合・人工乳)

発育 (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 (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、現在治療中の病気

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・喘息・アトピー性皮膚炎・アレルギー性皮膚炎・花粉症・発達障害

その他の病気 () 入院歴 ()

④ 予防接種

ヒブ (未・1回・2回・3回・追加)

小児肺炎球菌 (未・1回・2回・3回・追加)

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)

ロタ (ロタテック・ロタリックス) (未・1回・2回・3回)

二種混合 (未・済)

おたふくかぜ (未・1回・2回)

子宮頸がん(HPV) (1回・2回・3回)

ポリオ単独 (未・済)

麻疹単独 (未・済)

風疹単独 (未・済)

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

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? ()

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・薬剤アレルギー・その他)

次の病気にかかったこと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)

ご協力ありがとうございました。