

問診表（初診用）

記入日 令和 年 月 日



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

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)
出生時の異常 (なし・あり→)

②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・アレルギー性鼻炎・花粉症・発達障害・発育障害
その他の病気/気になること ()
入院歴 ()

③予防接種 ※母子手帳ご持参の方は不要です。お分かりになる範囲で○をつけて下さい

ヒブ (1回・2回・3回・追加・済)	小児肺炎球菌 (1回・2回・3回・追加・済)
五種混合・四種混合・三種混合 (1回・2回・3回・追加・済)	BCG (未・済)
MR (麻疹風疹) (1期・2期・済)	水ぼうそう (1回・2回・済)
日本脳炎 (1回・2回・第1期追加・第2期・済)	B型肝炎 (1回・2回・3回・済)
ロタ (ロタテック・ロタリックス) (1回・2回・3回・済)	
二種混合 (未・済)	おたふくかぜ (1回・2回・済)
子宮頸がん(HPV) (1回・2回・3回・済)	ポリオ単独 (未・済)
麻疹単独 (未・済)	風疹単独 (未・済)

④食物/薬物アレルギー (なし・あり) → (対象食物/薬物:)

⑤同居家族構成 { 祖父・祖母・父・母・兄姉 () 人・弟妹 () 人 }

⑥ご家族既往歴

・アレルギー 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 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。