

問診表(初診)

記入日 年 月 日

フリガナ	生年月日		
氏名 男・女	平成・令和	年	月 日 (歳 か月) (西暦)
保護者名(主なご連絡先)	電話番号 (本人・母・父)		
住所 〒 -	体温 °C		

①出生時の状況を教えてください。

出生 () 週 () 日で出生 出生時体重 (g) 出生時身長 (c m)
 (正常分娩・異常分娩・帝王切開) (頭位・骨盤位・その他 ())
 黄疸 (なし・あり) (黄疸ありの方は治療をされましたか。 ある・ない)

②発育について指摘されたことはありますか。

③接種済みの予防接種に○を付けてください。

小児肺炎球菌(1, 2, 3, 追) Hib(1, 2, 3, 追) ロタテック(1, 2, 3) ロタリックス(1, 2)
 B型肝炎(1, 2, 3) 四種混合(1, 2, 3, 追) 三種混合 二種混合
 日本脳炎(1, 2, 追, II期) MR(麻疹・風疹)(1, 2) 水痘(水ぼうそう)(1, 2)
 子宮頸がん予防(1, 2, 3) おたふくかぜ(1, 2) その他 ()

④今までにかかった病気、現在治療中の病気に○をつけてください。

突発性発疹・麻疹(はしか)・風疹・流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)・水痘(水ぼうそう)・百日咳
 熱性けいれん(痙攣した日:)・気管支喘息・アトピー性皮膚炎・花粉症
 その他 ()

⑤食物や薬物アレルギーはありますか。(ある ・ ない)

⑥アレルギーがある方は、どのような物質でどのような症状がでますか。(例：卵 お腹に蕁麻疹。)

⑦現在、他に通院されている医療機関や定期的に飲まれているお薬はありますか。

⑧当院の事は何で知りましたか。

インターネット ・ 看板 ・ 知人からの紹介 ・ 他院の紹介 ・ その他

※本日はどうされましたか。どのような症状がいつからあるのかを教えてください。