

初診問診票

記入日 西暦 年 月 日

ふりがな 名前	男・女	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
		電話番号(自宅・携帯)				
ご住所 〒 (-)		緊急連絡先				

以下の項目についてお分かりになる範囲でご記入ください。

(成人の方は 3. 4. 5. 7. 9のみご記入ください。)

1	出生：()週()日で出生	出生体重	g
	妊娠中の異常	なし・あり (具体的に)	
	出生時の異常	なし・あり (具体的に)	
2	兄弟姉妹が	いない・いる →	男・女(歳) 男・女(歳) 男・女(歳) 男・女(歳)
3	今までかかったこともある病気、治療中の病気に○をつけてください。 突発性発疹・ 風疹 ・ はしか ・ おたふくかぜ ・ 水ぼうそう ・ 肺炎 ・ 喘息 アトピー性皮膚炎 ・ アレルギー性鼻炎 ・ 花粉症 ・ その他() 熱性けいれん → 計 回 最終： 年 月(歳ころ)		
4	現在服用中のくすり なし・あり → ()		
5	入院したことがありますか? はい・いいえ はいの方は以下にご記入ください 病名： 何歳ころ：		
6	成長発達について異常を指摘されたことがありますか? なし・あり (具体的に) お子さんの成長発達について気になることはありますか? なし・あり (具体的に)		
7	食物アレルギー なし・あり (具体的に) 薬物アレルギー なし・あり (具体的に)		
8	予防接種を受けたことがありますか? はい・いいえ 接種した予防接種に○をつけてください。 ロタウィルス (未 1回 2回 ロタテックのみ3回) ヒブ (Hib) (未 1回 2回 3回 追加) 肺炎球菌 (未 1回 2回 3回 追加) 四種混合または三種混合 (未 1回 2回 3回 追加) 生または不活化ポリオ単独 (未 済) B型肝炎 (未 1回 2回 3回) BCG (未 済) 麻疹・風疹 (未 1回 2回) 水痘 (未 1回 2回) おたふく (未 1回 2回) 日本脳炎 (未 1回 2回 追加 II期) 二種混合 (済 未) 子宮頸がんワクチン (HPV) (未 1回 2回)		
8	かかりつけの医療機関がありましたらご記入ください。 ()		
9	診察上特に注意することがありましたらお知らせください。		

ご協力ありがとうございました。