

初診問診票

体重

kg

ふりがな お名前 さん	性別 男 女	長男・次男・長女・次女 その他()
	生年月日 平成・令和	年 月 日(歳 ヶ月)
ご住所 〒		
携帯電話 ()	電話 ()	
本日の 同伴者 <input type="checkbox"/> 母親 <input type="checkbox"/> 父親 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> その他()	ご来院の きっかけ <input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> 知り合いからの紹介 <input type="checkbox"/> 近所 <input type="checkbox"/> その他()	

◇ おわかりになる範囲でご記入ください

● 集団生活は？

なし あり (託児所 ・ 保育園 ・ 幼稚園 ・ 小学校 年生 ・ 中学校 年生)

● 今までにかかったことがある病気は？

みずぼうそう おたふくかぜ 溶連菌感染症 突発性発疹 百日咳 はしか
 風しん 喘息 アトピー性皮膚炎 花粉症 心臓病 肺炎
 尿路感染症・腎臓病
 ひきつけ (計 回 / 最終 歳 ヶ月) 【 そのときは発熱は？ あり ・ なし 】
 その他 ()

● 接種済みワクチンに☑、回数に○をしてください(母子手帳を確認の上ご記入ください)

BCG
 ヒブ (1回目・2回目・3回目・追加) 不活化ポリオ (1回目・2回目・3回目・追加)
 肺炎球菌 (1回目・2回目・3回目・追加) 三種混合 (1回目・2回目・3回目・追加)
 ロタ (1回目・2回目・3回目) 日本脳炎 (1期1回目・2回目・追加・2期)
 四種混合 (1回目・2回目・3回目・追加) ジフテリア・破傷風 (DT)
 B型肝炎 (1回目・2回目・3回目) A型肝炎 (1回目・2回目・3回目)
 MR (麻しん・風しん) (1期・2期) 子宮頸がん (1回目・2回目・3回目)
 みずぼうそう (1回目・2回目) その他 ()
 おたふくかぜ (1回目・2回目)

● 今までに入院されたことは？

なし あり (病名 / 何歳のとき？ 歳 ヶ月)
(病院名)

● 今までにお薬や食べ物で具合が悪くなったことは？

なし あり (薬品・食品名と症状) わからない

● 現在治療中の病気は？

なし あり (病名・服用中の薬)

【ご意見・ご要望があればご記入ください】