

初診の患者さん用問診票

ふりがな		男 女	平成 年 月 日生 ( 才 ヶ月)
お名前	様		電話番号 - -
兄弟 有 無	兄 才 姉 才		集団生活 有・無 (保 幼 小 中)
	弟 才 妹 才		祖父母との同居 有 無

出生体重:	g	産院:	
週数:	週 日	妊娠・出生時の異常	

※今までにかかった病気 (ある場合は○でかこんでください)

突発性発疹 溶連菌感染症 中耳炎 花粉症 気管支喘息 アトピー性皮膚炎  
じんま疹 アレルギー性鼻炎 熱性けいれん ( 才ころ) その他 ( )

※アレルギー

食物アレルギー なし・あり ( )  
薬物アレルギー なし・あり ( )  
両親のアレルギーの既往 なし・あり (花粉症 鼻炎 アトピー性皮膚炎 喘息 その他)  
兄弟のアレルギーの既往 なし・あり ( )

※入院したこと ある ない

病名:  
年齢・入院期間: 才 日  
病院名:

※手術をしたこと ある ない

病名:  
年齢・入院期間: 才 日  
病院名:

※予防接種 (すんでいるものを○で囲んでください)

BCG ポリオ (生 回 不活化 回) 4種混合 ( 回) ヒブ ( 回)  
B型肝炎 ( 回) ロタ ( 回) MR (1期・2期) 日本脳炎 ( 回) 肺炎球菌 ( 回)  
おたふくかぜ ( 回・受けていない・かかった) 水ぼうそう ( 回・受けていない・かかった)

※1才未満のお子さんのみ記入してください - 普段元気なときの状態

母乳 ( 回/日) ミルク ( 回/日、 ml/回) 離乳食 ( 回/日)  
便 ( 回/ 日、色 、かたさー軟らかい、水様、硬い)

・発達 (できるものを○で囲んでください)

首すわり・寝返り・おすわり・這い這い・つかまり立ち・ひとり歩き・意味のあるおしゃべり

※当院にいらしたのは

・人に勧められたため ・兄弟がかかっている ・親 (父・母) がかかっていた ・評判を聞いた  
・ホームページを見た ・その他 ( )

※喫煙者がまわりに ( ・いる - 父 母 祖父母 同居人 ・いない )

※心配なことや不安なことなど聞きたいことがあれば、ご自由に記入ください

---



---



---