

問診票 (初回用)



ふりがな

名前: _____ 男・女 生年月日: 昭・平 年 月 日 (歳 ヶ月)
(第 子)

住所: 〒 _____ 電話番号: _____ ()

_____ 携帯番号: _____ ()

1) 出生 生まれた時の体重 (_____ g) 在胎週数 ____ 週 ____ 日
お産のとき異常がありましたか: 無・有 ()

2) 発達 (わかる範囲で構いません)
首がすわる (_____ カ月) お座り (_____ カ月) 一人歩き (_____ カ月)

3) 今までに受けた予防接種に○印を付けて下さい。(わかる範囲でお書きください)

【定期接種】

ヒブ (1・2・3・追加) 肺炎球菌 (1・2・3・追加) B型肝炎 (1・2・3) BCG
4種混合 (1・2・3・追加) 又は

生ポリオ (1・2) or 不活化ポリオ (1・2・3・追加)
3種混合 (1・2・3・追加)

麻疹風疹 (1期・2期) 水痘 (1・2) 日本脳炎 (1・2・追加・2期) 2種混合
子宮頸がん (1・2・3)

【任意接種】

おたふくかぜ (1・2) ロタ (1・2) その他 (_____)

4) 今まで罹った病気がありましたら○印を付けて下さい。
水痘 おたふくかぜ 百日咳 熱性けいれん (_____ 回) 中耳炎 気管支喘息 川崎病
その他・生まれつきの病気 (_____)

5) 入院したことがありますか。無・有 (いつ、どんな病気で _____)

6) ご本人に薬や食べ物のアレルギーなどはないですか。
無・有 (_____)

7) ご両親、兄弟・姉妹等で大きな病気に罹っている、又は薬のアレルギーなどはありませんか
無・有 (_____)

8) 今日はどうされましたか (いつからどんな様子なのか、具体的にお書きください)
今飲んでいる薬があればお知らせください。その他相談等ありましたらお書きください。

.....
.....
.....
.....
.....

9) 集団生活 なし ・ あり (_____ 保育園・幼稚園・学校)

10) 今回の受診で当院の病児保育を利用されますか。 はい (当日 ・ 明日) ・ いいえ