

問 診 票

年 月 日

フリガナ _____ 男・女 _____ 昭・平・令 _____ 年 月 日生

名前 (お子さんの名前) _____ 歳 ヶ月 _____ 年 月 日生

現住所 _____ TEL _____

その他の連絡先 _____ TEL _____ (必ず2カ所の電話番号をご記入下さい)

本日、受診された理由(主訴)

(_____)

※乳幼児
の方はご記
入ください

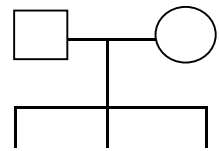
周産期	妊娠中の状態	異常なし	(_____)
出生時	出生した病院名(_____)	出生体重(_____ g)	予定より(_____ 日 [早・遅])
出生体重は 全員ご記入 ください	分娩(_____)	正常・骨盤位・帝切(_____)	
	仮死(_____)	無・有(_____)	アプガースコア(_____ 点) ←母子手帳に
	その他(_____)		記入があれば書いて下さい
	発育	頸定(_____ カ月)	坐位(_____ カ月)
乳児期の栄養	母乳のみ: 1日 _____ 回	混合(母乳 1日 _____ 回	ミルクのみ: 1日 _____ 回 1回量 _____ ml
		ミルク 1日 _____ 回 1回量 _____ ml	

今までにかかった病気があれば○をつけて下さい

麻疹(はしか) _____ 水痘(水ぼうそう) _____ 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) _____
風疹(三日ばしか) _____ 突発性発疹 _____ 百日咳 _____ その他(_____)
アレルギー(喘息・アレルギー性鼻炎・アトピー性皮膚炎) _____ 薬疹(_____)
その他(_____) ※薬の名前

定期的に治療している病気・内服している薬 (_____)

家族歴 (同居の家族の方でB型肝炎などうつる病気の方がいましたら
ご記入下さい。おられない場合はなしとご記入下さい。)



予防注射

※(乳幼児の方はご記入ください。小学生以上の方はわかる範囲でお願いします。)

ヒブワクチン	(未・1回・2回・3回・追加)	ロタウイルスワクチン	(未・1回・2回・3回)
肺炎球菌ワクチン	(未・1回・2回・3回・追加)	B型肝炎ワクチン	(未・1回・2回・3回)
三種混合(DPT)	(未・1-1・1-2・1-3・1-追加・II)	BCG	(未・済)
四種混合(DPT-IPV)	(未・1-1・1-2・1-3・1-追加)		
ポリオ	(未・生ワクチン1回・2回 : 不活化ワクチン 1回 2回 3回 追加)		
MR(麻疹風しん混合)	(未・1期・2期)		
日本脳炎	(未・1-1・1-2・1-追加・II)		
子宮頸がんワクチン	(未・1回・2回・3回)		
水ぼうそう	(未・1回・2回)	流行性耳下腺炎	(未・1回・2回)