

# 問 診 票

年 月 日

フリガナ モリモト ハナコ 男  
 名前 森本 花子 1 歳 女 昭・平・令 1 年 5 月 1 日生  
 (お子さんの名前)  
 現住所 丸亀市城東町〇〇番地 TEL 〇〇-〇〇〇〇

その他の連絡先 ☆県外の方はご実家の住所をご記入下さい TEL 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇  
 (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)

( 例)〇月〇日から 38.0℃の熱、咳が出ている )  
 ( 例)〇月〇日から 顔、体にブツブツがでている )

※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( 〇〇病院 )  
 出生体重( 〇〇〇〇g ) 予定より( 日 [ 早 ・ 遅 ] )  
 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) 立位( カ月) 独歩( カ月)

乳児期の栄養 例) 混合( 母乳のみ: 1日 8~9回 混合( 母乳: 1日 7~8回  
 ミルクのみ: 1日 7~8回 1回量 120ml ) ミルク 1日 1~2回 1回量 80ml

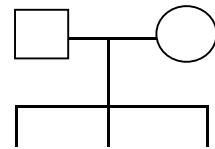
出生体重は  
全員ご記入  
ください

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( 例)卵アレルギーなど ※薬の名前

定期的に治療している病気・内服している薬 ( 心臓病など )

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。)



兄 本人  
2才

例)祖父 B型肝炎

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)