

問 診 票

記入日 年 月 日

フリガナ

男・平

名 前

歳 ヶ月 女 令 年 月 日生

(お子さんの名前)

現住所

☎

幼・保・学

その他の連絡先

☎

(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(出生体重は全員ご記入ください)

周産期

妊娠中の状態 異常なし・()

出生時

出産した病院名()

出生体重(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)

↑母子手帳に記入があれば書いて下さい

その他 ()

発 育

頸定(カ月) ・ 坐位(カ月) ・ ハイハイ(カ月)

立位(カ月) ・ 独歩(カ月)

乳児期の栄養

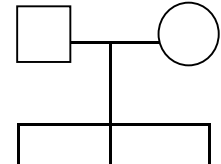
母乳のみ : 1日 ___ 回

ミルクのみ : 1日 ___ 回 1回量 ___ ml

(混合) 母乳 : 1日 ___ 回

ミルク : 1日 ___ 回 1回量 ___ ml

離乳食 : 1日 ___ 回



家族歴

同居の家族の方でB型肝炎など
うつる病気の方がありましたら
下記にご記入下さい。

なし・あり

()

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 薬疹()

アレルギー(喘息・アレルギー性鼻炎・アトピー性皮膚炎) ※薬の名前

その他(入院した病気等) ()

定期的に治療している病気・内服している薬 (心臓病など) ()

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)

五種混合(DPT-IPV-Hib) (未・1-1・1-2・1-3・1-追加)

四種混合(DPT-IPV) (未・1-1・1-2・1-3・1-追加)

三種混合(DPT) (未・1-1・1-2・1-3・1-追加・II) BCG(未・済)

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(おたふくかぜ) (未・1回・2回)