

# 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( 月) ・ 坐位( 月) ・ ハイハイ( 月)

立位( 月) ・ 独歩( 月)

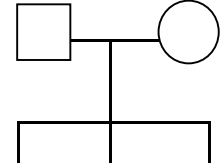
## 乳児期の栄養

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)

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)