

問 診 票

記入日 年 月 日

フリガナ

男・平
女・令

名 前

歳 ヶ月 日生

(お子さんの名前)

現住所

☎

続柄

幼・保・学

その他の連絡先

☎

続柄

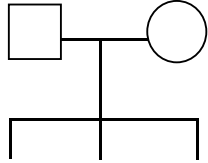
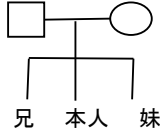
(必ず2カ所の電話番号をご記入下さい)

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


(記入例) 年齢順に左から ご記入ください

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 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 (未・1回・2回)