

# 問 診 票

記入日 年 月 日


フリガナ **モリモト ハナコ**男  女 名前 **森本 花子** 1 歳 3 ヶ月  令 30 年 9 月 24 日生  
(お子さんの名前)現住所 **丸亀市城東町〇〇番地**

☎ 〇〇-〇〇〇〇

〇〇〇 幼・保・学

その他の連絡先 ※県外の方はご実家の連絡先を記入して下さい☎ 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38.5℃の熱、咳がでている  
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(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( 〇〇産婦人科 )

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)  
↑母子手帳に記入があれば書いて下さいその他( **心疾患など** )

## 発育

頸定( 3 ヵ月 ) ・ 坐位( 6 ヵ月 ) ・ ハイハイ( 9 ヵ月 )

立位( 11 ヵ月 ) ・ 独歩( ヵ月 )

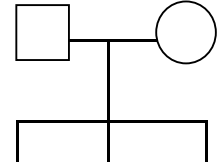
## 乳児期の栄養 (例)

母乳のみ : 1日 8~9回

ミルクのみ : 1日 7~8回 1回量 120 ml

(混合) 母乳 : 1日 7~8回  
ミルク : 1日 1~2回 1回量 80 ml

離乳食 : 1日 3回

兄 5才  
本人

〔 兄弟がいない場合は左端に「本人」と記入して下さい 〕

## 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ありましたら下記にご記入下さい。 〕

なし・あり

(祖父 B型肝炎)

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)(  卵アレルギー  川崎病 など )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)