

問診票（初診用）

フリガナ お名前	男	家で何と呼んでいますか？	生年月日	西暦	年	月	日
	女			(年齢 歳 ヶ月)			
ご住所 〒(-)			電話番号	(- -)			
			携帯電話	(- -)			

以下の項目について、お分かりになる範囲で○をつけてご記入ください。

出産・発育について

出生：()週 ()日で出生 出生体重(g) 出生身長(cm)

黄疸：なし ・ あり → 光線療法 ・ 交換輸血

乳児期の栄養方法：母乳 混合 人工乳

兄弟姉妹が いない ・ いる → 男 ・ 女 (歳) 男 ・ 女 (歳)
男 ・ 女 (歳) 男 ・ 女 (歳)

今までにかかった病気、もしくは現在通院中の病気について

突発性発疹 風疹 はしか おたふかぜ 百日咳 水ぼうそう 肺炎
けいれん 喘息 アトピー性皮膚炎 アレルギー性鼻炎 花粉症 その他の病気 ()
入院したことがあればご記入ください。()

予防接種について (母子手帳をお持ちの方は記載不要です)

ヒブ(Hib)(未・1回・2回・3回・追加) 肺炎球菌(未・1回・2回・3回・追加)
四種混合(未・1回・2回・3回・追加) BCG(未・済)
麻しん風しん(MR)(未・1期・2期) 水ぼうそう(未・1回・2回)
日本脳炎(未・1回・2回・第1期・第2期) B型肝炎(未・1回・2回・3回)
ロタウィルス(種類：ロタテック・ロタリックス)(未・1回・2回・3回)
二種混合(ジフテリア・破傷風)(未・済) おたふく風邪(未・1回・2回)
子宮頸がん(HPV)(1回・2回・3回)

食物アレルギー：なし ・ あり → (対象食物：)

薬物アレルギー：なし ・ あり → (対象薬剤：)

ご家族について

タバコを吸う方はおられますか？ いない ・ いる → どなたですか？ ()
次のアレルギー体質の方はおられますか？ いない ・ いる → どなたですか？ ()
(喘息 ・ アトピー ・ 食物アレルギー ・ 花粉症 ・ 鼻炎 ・ 薬物アレルギー ・ 他)
次の病気にかかったことのある方はおられますか？ いない ・ いる → どなたですか？ ()
(けいれん ・ 心臓病 ・ 腎臓病 ・ 血液疾患)

当院を受診された理由を教えてください。(複数回答可)

- 1. 近所だから
- 2. 看板
- 3. 医院広告のチラシ
- 4. ホームページ
- 5. お知り合いからの口コミ()
- 6. その他()

ご協力ありがとうございました。

