

小児・初診用問診票	受診日：令和 年 月 日
ご住所：〒	お電話番号 ()
ふりがな	
お名前	男・女 生年月日： 年 月 日 歳 か月

○印をつけてください。

1. 妊娠経過中の異常 なし・あり ()
2. 分娩時の異常 なし・あり ()
3. 出生体重 _____ g (在胎週数 週 日)
4. 新生児期の異常 なし・あり ()
5. 乳児期の栄養 母乳・ミルク・混合

6. 今までにかかった病気 突発性発疹症・麻疹・風疹・水ぼうそう・おたふくかぜ・百日咳
溶連菌感染症・気管支喘息・アトピー性皮膚炎
熱性けいれん (回・1回目は 歳の時：最後は 年 月)

7. 今までに済んだ予防接種 ロタ・ヒブ・肺炎球菌・四種混合・B型肝炎・MR・水痘・おたふく
日本脳炎・二種混合・子宮頸がん・髄膜炎菌

7. 今までに薬や食べ物でアレルギー症状が出たことは
薬・・・なし・ある ()
食べ物・なし・ある ()

8. 飲めるお薬は 水薬・粉薬・錠剤・カプセル

9. ご家族について
父 健康・病気 ()
母 健康・病気 ()
兄 _____ 歳 健康・病気 ()
弟 _____ 歳 健康・病気 ()
姉 _____ 歳 健康・病気 ()
妹 _____ 歳 健康・病気 ()

10. どのように当院をお知りになりましたか。
近くだから・通りがかり・知人に紹介された・ホームページをみた・看板を見た・その他

