

初診問診表

ふりがな
氏名 性別:男・女 生年月日: 年 月 日(歳 ヶ月)
現住所(〒)

連絡先電話番号 携帯() 自宅()
家族構成 父 母 兄(歳) 弟(歳) 姉(歳) 妹(歳)
祖父(父方・母方) 祖母(父方・母方)
就学状況 未就園・() 保育園・幼稚園 () 小学校・中学校・高校

1 出生時の状況

出生時体重() g 出生時週数() 週() 日 *A/P
分娩異常 有()・無
出生直後の異常 有()・無 入院 有()・無

2 かかったことがありますか？

突発性発疹 ・ 百日咳 ・ 麻疹 ・ 風疹 ・ 水痘 ・ おたふくかぜ
熱性けいれん(初発 歳ごろ・最終発作 歳ごろ)その他()
入院したことがありますか？ 有()・無
アレルギーはありますか？ 有()・無

3 予防接種の状況 (接種済に○印をつけて下さい。)

ワクチンの種類	1	2	3	追加	かかった
ロタ					
肺炎球菌					
ヒブ					
三種混合					
四種混合					
生ポリオ					
不活化ポリオ					
B C G					
B型肝炎					

ワクチンの種類	1	2	3	追加	Ⅱ期	かかった
日本脳炎						
麻疹風疹混合						
二種混合						
子宮頸がん						
水痘						
おたふくかぜ						

4 家族性の病気について (父 ・ 母 ・ 兄弟姉妹 ・ 祖父 ・ 祖母)
アレルギー()・鼻炎・喘息・心臓病・高血圧症・
高脂血症・ガン・糖尿病・結核

帰省中の方はご記入下さい。

帰省先氏名

帰省先住所・TEL

ありがとうございました。