

初診問診票

記入日 西暦 年 月 日

ふりがな 名前	男・女	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
ご住所 〒 (-)		電話番号(自宅・携帯)				
		緊急連絡先				

以下の項目についてお分かりになる範囲でご記入ください。

(成人の方は 3. 4. 5. 7. 9のみご記入ください。)

1	出生：()週()日で出生 出生体重 g 妊娠中の異常 : なし ・ あり (具体的に) 出生時の異常 : なし ・ あり (具体的に)
2	兄弟姉妹が いない ・ いる → 男・女(歳) 男・女(歳) 男・女(歳) 男・女(歳)
3	今までかかったこともある病気、治療中の病気に○をつけてください。 突発性発疹・ 風疹 ・ はしか ・ おたふくかぜ ・ 水ぼうそう ・ 肺炎 ・ 喘息 RSウイルス感染症 ・ アトピー性皮膚炎 ・ アレルギー性鼻炎 ・ その他() 熱性けいれん → 計 回 最終： 年 月(歳ころ)
4	現在服用中のくすり なし ・ あり → ()
5	入院したことがありますか？ はい ・ いいえ はいの方は以下にご記入ください 病名： 何歳ころ：
6	成長発達について異常を指摘されたことがありますか？ なし ・ あり (具体的に) お子さんの成長発達について気になることはありますか？ なし ・ あり (具体的に)
7	食物アレルギー なし ・ あり (具体的に) 薬物アレルギー なし ・ あり (具体的に)
8	予防接種を受けたことがありますか？ はい ・ いいえ 接種した予防接種に○をつけてください。 ロタウィルス(未 1回 2回 ロタテックのみ3回) 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) 五種混合または四種混合(未 1回 2回 3回 追加) 生または不活化ポリオ単独(未 済) B型肝炎(未 1回 2回 3回) BCG(未 済) A型肝炎(1回 2回 3回) MRワクチン(未 1回 2回) 水痘(未 1回 2回) おたふく(未 1回 2回) 日本脳炎(未 1回 2回 追加 II期) 二種混合(済 未) 子宮頸がんワクチン(HPV)(未 1回 2回)
8	かかりつけの医療機関がありましたらご記入ください。 ()
9	診察上特に注意することがありましたらお知らせください。

ご協力ありがとうございました。

小児科・アレルギー科

住田こどもクリニック



