問　診　票

フリガナ		性別	昭和・平成 年　　月　　日生 才　　ヵ月
お名前		男・女	
ご住所	〒　　－	電話 携帯	

体温
℃

①現在、治療中の病気や、服用中の薬はありますか？

病名　（　　）

薬剤名　（

病院名　（　　）

②出生時の状況は？

出生時の体重（妊娠　　週　　g）

今まで、健診などで何か指摘されたことはありますか（　　）

③今までにかかった病気に○をつけてください。

おたふくかぜ　　水ぼうそう　　溶連菌感染症　　突発性発疹　　けいれん（熱あり・熱なし）

その他（　　）

④アレルギーはありますか？

気管支喘息　　アトピー性皮膚炎　　アレルギー性鼻炎

食物アレルギー（食品名：　　）

薬剤（　　）

ダニ・ホコリ・花粉・動物・その他（　　）

⑤今までに受けたことのある予防接種に○をつけて下さい。

ロタウイルス（1・2・3回）　　B型肝炎（1・2・3回）　　ヒブ（1・2・3回・追加）

肺炎球菌（1・2・3回・追加）　　三種混合（1・2・3回・追加）　　四種混合（1・2・3回・追加）

経口ポリオ（1・2回）　　不活化ポリオ（1・2・3回・追加）　　BCG　　麻疹風疹混合（1・2期）

水ぼうそう（1・2回）　　おたふくかぜ（1・2回）　　日本脳炎（1・2回・追加・2期）

二種混合　　子宮頸がん（1・2・3回）　　その他（　　）

⑥ごきょうだいのお名前と年齢をご記入ください。

お名前　　年齢　　才　　男・女

お名前　　年齢　　才　　男・女

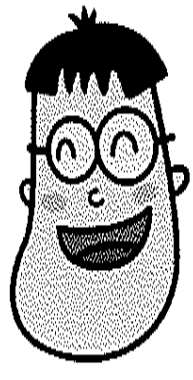
お名前　　年齢　　才　　男・女

お名前　　年齢　　才　　男・女

⑦ご家族にアレルギーや病気の方はいらっしゃいますか？

いいえ・はい（続柄　　病名　　）

⑧その他、相談したいこと・伝えたいことがありましたらお書き下さい。



※ご記入いただいた個人情報については、当院で利用目的の範囲以外では利用いたしません。

ご記入ありがとうございました。

こどもクリニックおとも