

問 診 票

フリガナ		性別	
お名前		男・女	西暦 年 月 日 才 か月
ご住所	〒 -	電話	
		携帯	

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 ()

体温 °C

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。

