

# 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
℃

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。

