

初診の患者さん用問診票



03-5691-1212



ふりがな		男	生年月日	昭和・平成・令和
お名前		女		年 月 日生
			年齢	才 ヶ月
住所	〒		電話番号	()
			(続柄)	()
きょうだい	才 (男・女) ・	才 (男・女) ・	才 (男・女)	
集団生活	() 保育園・保育ママ・幼稚園・養育園・小学校・中学校			
受診されたことがある方のお名前				
出生時体重		g	出生週数	週 日
妊娠・出産時の異常	無・有 ()			
祖父母との同居	無・有			

1.現在の哺乳・離乳食の状況 (一歳未満のお子さんのみ)

母乳 () 回/日) ミルク () 回/日・ ml/回) 離乳食 () 回/日)

2.接種済みの予防接種 (済んでいるものを○で囲んでください)

ヒブ	回	4種混合	回	おたふくかぜ	回	二種混合
肺炎球菌	回	ロタ	回	日本脳炎	回	
B型肝炎	回	MR	回	ポリオ	回	
BCG		水ぼうそう	回	子宮頸がん	回	

3.今までにかかったことがある病気 (○をつけてください)

突発性発疹	水ぼうそう	おたふくかぜ
はしか	風疹	熱性けいれん (初回 才・計 回)
気管支ぜんそく	ぜんそく性気管支炎	アトピー性皮膚炎
じんましん	アレルギー性鼻炎	アレルギー性結膜炎
中耳炎	てんかん	その他 ()
入院 無・有 ()		
手術 無・有 ()		

4.アレルギーについて

食物アレルギー 無・有 ()
薬物アレルギー 無・有 ()

5.たばこを吸う人が周りに いる・いない

6.心配なことや、相談したいことがあれば自由にご記入ください