記入日　西暦　　年　　月　　日

問診票（初診用）

まえかわこどもクリニック

ふりがな お名前　　男　女	生年月日　西暦　　年　　月　　日 （年齢　　歳　　ヶ月）
ご住所　〒(　　-　　)	電話番号　(　　-　　-　　) 携帯電話　(　　-　　-　　)

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。

①出産・発育について

出生：（　　）週（　　）日で出生　　出生体重（　　g）　出生身長（　　cm）

黄疸：なし　　少しあり　　あり→　光線療法　・　交換輸血

乳児期の栄養方法：　母乳　　混合　　人工乳

発育について：　心配がある　・　指導を受けたことがある　・　特に心配はない

②兄弟姉妹が　　いない　・　いる　→　男・女（　　歳）　　男・女（　　歳）　　男・女（　　歳）

男・女（　　歳）　　男・女（　　歳）　　男・女（　　歳）

③今までにかかった病気、もしくは現在、通院・治療中の病気について

突発性発疹　　風疹　　はしか　　おたふくかぜ　　百日咳　　水ぼうそう　　肺炎

けいれん　　喘息　　アトピー性皮膚炎　　アレルギー性鼻炎　　花粉症　　発達障がい

その他の病気（　　）

入院したことがあればご記入ください。（　　）

④予防接種について

・ロタウィルス（種類：ロタテック・ロタリックス）（未・1回・2回・3回）

・4種混合・5種混合（未・1回・2回・3回・追加）　　・三種混合（未・済）

・B型肝炎（未・1回・2回・3回）　　・ヒブ（Hib）（未・１回・２回・３回・追加）

・小児肺炎球菌（未・１回・２回・３回・追加）　　・BCG（未・済）

・麻しん・風しん（MR）（未・１期・２期）　　・水痘（未・１回・２回）

・おたふく風邪（未・1回・2回）　　・日本脳炎（未・１回・２回・追加・第２期）

・日本脳炎（未・1回・2回・3回）　　・ジフテリア・破傷風（DT）（第２期）　（未・済）

・ヒトパピローマウィルス（HPV）（未・１回・２回・３回）

・その他（　　）

⑤食物アレルギー　　なし　・　あり　→（　　）

⑥薬物アレルギー　　なし　・　あり　→（　　）

⑦ご家族について

タバコを吸う方はおられますか？　　いない　・　いる

アレルギー体質の方はおられますか？　　どなたですか？（　　）

（喘息　・　アトピー　・　食物アレルギー　・　花粉症　・　鼻炎　・　薬物アレルギー　・　他）

次の病気にかかったことのある方はおられますか？　　どなたですか？（　　）

けいれん　・心臓病　・　腎臓病　・　肝臓病　・　血液疾患　・　結核　・　遺伝性疾患

⑧当院を受診された理由を教えてください。（複数回答可）

1、近所だから　　2、看板　　3、医院広告のチラシ　　4、ホームページ

5、お知り合いからの口コミ（　　）

6、その他（　　）

ご協力ありがとうございました。