

問診票(小児科初回受診)

ID _____

なまえ(カナ) : _____

家族の病気

きょうだいは () 人中、本人は () 番目

家族や親戚で 気管支ぜんそく・心臓病・けいれん・その他 ()

発育について

出生は在胎 () 週 () 日 自然分娩・帝王切開

出生時体重 () g 妊娠中・出生時の異常 あり・なし

これまでにかった病気

はしか みずぼうそう おたふく 風疹(3日はしか)

けいれん(有熱時・無熱時) () 才 () カ月の時 今まで() 回

その他 ()

予防接種 (接種済みのものを○で囲み、接種済みの回数をご記入下さい)

ヒブ ___ 回 肺炎球菌 ___ 回 4種混合(3種混合) ___ 回

ポリオ(生 ___ 回・不活化 ___ 回) はしか・風疹混合 ___ 回 おたふく ___ 回

みずぼうそう ___ 回 日本脳炎 ___ 回 B型肝炎 ___ 回 口タ ___ 回

BCG その他()

アレルギー

薬(飲み薬、注射も含めて)で具合が悪くなったことは(ある・ない)

あれば薬の名前()

食べ物で具合が悪くなったことは(ある・ない)

あれば具体的に()

家族やきょうだいでアレルギーは(ある・ない)

あれば具体的に()