

# 初診問診票

ばば子どもクリニック

おなまえ お名前	フリガナもお願いします		生年月日	年 月 日 ( 歳 ヶ月)		
	男 女					
住所	〒		☎			

(1) 産まれた時の状況を教えてください(わかる範囲内で結構です)

\_\_\_\_\_週 \_\_\_\_\_日、 \_\_\_\_\_g で出生

新生児期に何らかの病気で治療を受けた ( \_\_\_\_\_ )

(2) ご兄弟はいらっしゃいますか？(いなければ「1人兄弟の1人目」とお書き下さい)

\_\_\_\_\_人兄弟の \_\_\_\_\_人目

(3) これまでにかかれた病気に○をつけてください

突発性発疹 はしか(麻疹) 風しん(三日はしか) 水ぼうそう(水痘) おたふくかぜ

百日咳 気管支炎 ぜんそく 肺炎 けいれん(最終: \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月、計 \_\_\_\_\_回)

その他 ( \_\_\_\_\_ )

(4) 入院されたことはありますか？

いいえ はい ( \_\_\_\_\_歳ごろ、 \_\_\_\_\_のため)

(5) 受けた予防接種に○をつけ、接種した回数を書いてください

BCG ヒブワクチン ( \_\_\_\_\_回) 肺炎球菌 ( \_\_\_\_\_回)

ロタ生ワクチン(ロタリックス・ロタテック ( \_\_\_\_\_回) B型肝炎 ( \_\_\_\_\_回)

四種混合DPT-IPV ( \_\_\_\_\_回)

三種混合DPT ( \_\_\_\_\_回) 不活化ポリオ ( \_\_\_\_\_回) あるいはポリオ生ワクチン ( \_\_\_\_\_回)

麻疹+風疹 MR ( \_\_\_\_\_回) 水痘(水ぼうそう) ( \_\_\_\_\_回) おたふくかぜ ( \_\_\_\_\_回)

日本脳炎 ( \_\_\_\_\_回) 二種混合DT(ジフテリア+破傷風)

その他 ( \_\_\_\_\_ )

(6) 幼稚園・保育園・学校に通っていますか？差し支えなければ園名・校名を教えてください

いいえ はい ( \_\_\_\_\_ )

(7) アレルギーはありますか？

いいえ はい ( \_\_\_\_\_ )

(8) お薬の希望はありますか？特定の薬が飲めないなどありましたらお書きください

いいえ はい(シロップ 粉薬 錠剤 カプセル、 \_\_\_\_\_は飲めない)

その他、お伝えしたいことがありましたら欄外にお書きください