

# 当院初めての方の問診表

ID: \_\_\_\_\_

フリガナ	
お名前	
生年月日 H      年      月      日	
性別    男   ・   女	
住所	〒
電話番号：	
保護者携帯電話番号：	
FAX番号：	

薬注射食べ物などで、アレルギーを起こしたことがありますか？ 「ある」のかたは、具体的にお書きください。	ない・ある	
ご家族の中でたばこを吸われる方はいますか？ 次の質問に（○で囲み）、お答えください。	いる・いない	
妊 娠 中	お子さんは何人ですか？ お子さんは何番目ですか？ 妊娠中何か異常はありましたか？	はい   ・   いいえ
出 産 時	生下時の体重はいくつでしたか？	
	予定日に生まれてきましたか？	はい   ・   いいえ
	お産は正常でしたか？（帝王切開以外）	はい   ・   いいえ
	生まれてすぐ元気に泣きましたか？	はい   ・   いいえ
	黄疸で治療を受けましたか？	はい   ・   いいえ
現 在 ま での 病 気	新生児期に他の異常がありましたか？	はい   ・   いいえ
	今迄に入院されたことがありますか？	はい   ・   いいえ
	他に大きな病気をされたことはありますか？	はい   ・   いいえ
	ひきつけを起こしたことがありますか？	はい   ・   いいえ
	かかったことのある病気を○で囲んでください。 はしか・風疹・水ぼうそう・百日咳・ おたふくかぜ・突発性発疹・川崎病・気管支喘息 気管支炎・じんましん・湿疹	
発 育 歴	栄養方法は？	母乳   ・   混合   ・
	首がすわったのはいつですか？	ヶ月
	一人で歩いたのはいつごろですか？	ヶ月
予 防 接 種	これまでに受けたものを○を囲んでください。 三種混合・ポリオ・四種混合・二種混合・ おたふくかぜ・麻疹風疹混合・水ぼうそう 日本脳炎・Hib・肺炎球菌・ロタ	
	ご家族の中に病気の方がいましたら○で囲んでください。 結核・ぜんそく・肝炎・糖尿病・てんかん 薬物アレルギー・先天性股関節脱臼 その他に病名があれば記入してください。	
そ の 他		