

問診票 新患用

- ☆ 1歳までのお子さんは裏面も記入して下さい
15歳までの方は 1～6まで記入して下さい
16歳以上の方は 1～4まで記入して下さい

患者名： _____ 年齢： _____ 体重： _____

1. いつから、どのような症状ですか

① 年 月 日より

②症状： _____

2. 今までに大きな病気にかかった事がありますか

①病名：

②ひきつけた事がありますか はい いいえ

③下記の病気の中でかかったものに○で囲んで下さい

(はしか 水ぼうそう おたふくかぜ 風疹)

3. 現在飲んでいる薬がありますか はい いいえ

はいの方 薬の名称：

4. いままでに薬を飲んで副作用が出たことがありますか はい いいえ

はいの方 薬の名称：

どんな副作用でしたか：

5. いままでにした予防接種について (接種したものに○で囲んで下さい)

①ヒブ 1回 2回 3回 追加 ②肺炎球菌 1回 2回 3回 追加

③4種混合 1回 2回 3回 追加 ④B型肝炎 1回 2回 3回

⑤ロタウィルス 1回 2回 3回 (ロタテックのみ) ⑥BCG 年 月

⑦MR (麻疹風疹混合) ⑧おたふくかぜ ⑨水ぼうそう 1回 2回

6. 家族に次のような方がいますか (○で囲んで下さい)

アレルギー けいれん 血液疾患 神経疾患 心疾患 腎疾患

肝疾患 血族結婚 その他 ()

☆ 1歳までのお子さんは裏面も記入して下さい。

1歳未満の初診の方

7. 出生時の状況 (○で囲んで下さい)

出生時の体重_____g

異常なし 仮死 呼吸障害 チアノーゼ

けいれん 黄疸 その他 ()

8. 発達

首のすわり ケ月 お座り ケ月 ハイハイ ケ月

ひとり立ち ケ月 ひとり歩き ケ月

9. 栄養

母乳 人工 混合

現在の哺乳量： cc/ 回/日

離乳食： 回/日