

初診問診表

年 月 日

ふりがな  
 氏名 (男・女) ニックネーム ( )  
 生年月日 平成・令和 年 月 日 ( 才 ヶ月)  
 住所 〒 -  
 自宅電話番号 ( ) - 携帯番号 ( ) -  
 最近の体重 ( ) g・kg ( ) 人兄弟の ( ) 番目

▷ 今日はどうのような症状でご来院されましたか。その症状はいつ頃から始まりましたか。  
 咳 ( ) 鼻水 ( ) 発熱 ( )

ゼーゼー のどの痛み 嘔吐 ( 日～1日 回 ) 下痢 ( 日～1日 回 )

予防接種 健診 腹痛 吐き気 頭痛 便秘 アレルギー症状 乾燥肌 発疹

当院での体温  
°C

▷ ご家族に以下の方がおられますか。  
 喫煙される方 (なし・あり) アレルギー体質 けいれん 糖尿病 結核 肝炎 遺伝性疾患  
 その他 ( )

父・母・祖父・祖母・兄・弟・姉・妹・同居人・その他 ( )

▷ 出生について。  
 出産週数 ( ) 週 出産体重 ( ) g

出生時に異常はありましたか (なし・あり)  
 前早期破水 吸引分娩 鉗子分娩 帝王切開 さい帯巻絡 羊水混濁 胎児心音微弱 他

▷ 発達で気になる事はありますか。(ない・ある)  
 ある方は具体的にご記入下さい ( )

▷ 最近家の近くや学校、保育園ではやっている病気があればご記入下さい。

▷ 受けた事のある予防接種に○をつけて下さい。  
 ヒブ・肺炎球菌・B.C.G・ポリオ・三種混合・四種混合・五種混合・麻疹・風疹・MR (麻疹・風疹混合)  
 おたふく・水痘・日本脳炎・ロタリックス・ロタテック・B型肝炎・DT・子宮頸がん

▷ かかった事のある病気に○をつけて下さい。  
 突発性発疹 はしか おたふくかぜ 水痘 風疹 けいれん (いつ頃 )  
 その他 ( )

▷ これまでに注射や薬で発疹やじんま疹が出たり、気分が悪くなった事がありますか。  
いいえ はい (具体的に )

▷ 食べ物やハウスダスト、動物等にアレルギーはありますか。  
いいえ はい (具体的に )

▷ ご来院されたきっかけは何ですか。  
近くに住んでいる 家族が通っている 知人のすすめで・口コミ  
広告、本でみた インターネット その他 ( )