

初診問診票

平成 年 月 日

フリガナ		男	大・昭・平	年	月	日生
お名前		・	年齢	歳	体重	kg
ご住所	〒 TEL					

1. 本日は、どのようなことでおいでになりましたか？

発熱 ()度 お咳(痰からむ・乾いた咳・ケンケン) 喘鳴 鼻(鼻汁・鼻づまり)
 咽頭痛 嘔吐 下痢 腹痛 頭痛 発疹
 その他 :

2. これらの症状は、いつごろからでしょうか？

3. 現在、なにかお薬を飲まれていますか？

① ない ②ある(薬品名:)

4. 今まで喘息やアトピー性皮膚炎と診断されたり、花粉症状、お薬や食べ物で発疹や息苦しくなったことはありますか？

① ない ② ある (喘息・アトピー:いつくらいから⇒ 、 花粉症
 薬品名: 食べ物:)

5. 出生時について

在胎 週 日 出生体重: g 身長: cm
 分娩様式: 経膣 ・ 帝王切開 ・ 吸引 ・ 鉗子

6. 今までに受けられた予防接種はどれでしょうか？

三種混合(1期1回目・2回目・3回目・追加) BCG ポリオ(1回目 2回目) 二種混合
 MR(麻疹風疹混合)1期・2期 ヒブ(生後 か月より) 肺炎球菌(生後 か月より)
 水ぼうそう おたふくかぜ 日本脳炎 子宮頸癌 麻疹 風疹

7. 今までに次の病気にかかれたことはありますか？

突発性発疹 麻疹 風疹 おたふくかぜ 水ぼうそう インフルエンザ
 熱性痙攣(いつ: 何回:)

8. ご家族構成をお教えてください。