

問診票

ふりがな 患者名	殿 (男・女)	年齢	才	ヵ月	保育園・幼稚園・学校 () 保育園 (在籍中・予定)
記入者名		電話	()		() 幼稚園 (在籍中・予定)
		携帯電話	()		() 学校 (在学中・予定)

質問事項について今後の診療の重要な参考となりますので、詳細にご記入ください

- 問1 今までに心臓病などの何か重い病気にかかったことがありますか
病名() 1.はい 2.いいえ
- 問2 入院や、手術を受けたことがありますか
病名() 1.はい 2.いいえ
- 問3 けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか
1.はい 2.いいえ
熱 (有・無)
- 問4 喘息や蕁麻疹などのアレルギー体質がありますか
病名() 1.はい 2.いいえ
- 問5 薬で皮膚に発疹ができたり、からだの具合が悪くなったことがありますか
薬名() 1.はい 2.いいえ
- 問6 家族でアレルギー体質がある人や、重い病気にかかった人がいますか
病名() 1.はい 2.いいえ
- 問7 現在服用中の薬はありますか
病名() 1.はい 2.いいえ
- 問8 うまれた時の状況は？ 分娩(予定通り・ 週で出産) 出生時体重 g
普通分娩・異常分娩()
- 問9 以下の予防接種を受けていますか 受けたものに○をつけてください
1.Hib 2.肺炎球菌 3.四/三種混合 4.BCG
5.ポリオ(生 / 不活化) 6.MR(麻疹・風疹) 7.日本脳炎 8.おたふくかぜ
9.水痘 10.B型肝炎 11.その他()
- 問10 家族構成 祖父・祖母・父・母・本人・()
- 問11 現在の体重 Kg
- 問12 現在の栄養法 母乳・混合・人工乳