

初診問診票

年 月 日

フリガナ	
お名前	男 年 月 日生 才 ヶ月 女
住所 〒	携帯番号 母 父
妊娠中に	異常が [なかった ・ あった ()]
出産は	妊娠 [週 日生] 異常：なし・あり () 出産時 [体重 g 身長 cm 頭囲 cm]
黄疸は	[なし ・ あり (光線療法 なし ・ あり)]
家族構成	[人 ・ 兄弟姉妹 人]
予防接種	ヒブ (回) 肺炎球菌 (回) B肝 (回) 四混 () 回 ロタ (回) BCG：無・有 (年 月) 水痘 (回) MR (回) おたふく (回) 日脳 () 回 その他 (. 回)
今までかかった病気を○で囲み何歳の時にかかったか記入のこと	おたふく 才 ・ 水痘 才 ・ 喘息 才 熱性痙攣 才 ・ ひきつけ 才 ・ 川崎病 才 突発性発疹 才 他に大きな病気 ()
入院したこと	なし ・ あり (病名)
手術したこと	なし ・ あり (病名)
アレルギー	なし ・ あり ()
発達	首のすわり ヶ月 ・ 歩行開始 ヶ月 意味のあることばを話す ヶ月
通園に関して	通園：なし・あり (幼・保・小) 流行っている病気 ()
本日受診されたのはどのような症状があった為ですか 症状をできるだけ詳しくご記入ください。	体温：
当院を受診されたきっかけ	[家族がかかっている () ・ その他]

(患者様の症状についてのご連絡や忘れ物がある場合に優先して
携帯電話にご連絡させていただきますので、携帯電話の番号の記入をお願いします。)