ID　　問診票(初めての方はご記入ください。)　日付　年　月　日

ふりがな				
お名前				（男・女）
生年月日	西暦・平成・令和　年　月　日（　歳　ヶ月）			
住所	〒			
電話番号	自宅		携帯	
学校（または園）				

以下、わかる範囲でご記入下さい。

◎赤ちゃんの頃の状況を教えてください。

在胎週数	週　日	出生時体重	g
妊娠中や出生時に異常を指摘されたことはございますか？	あり ・ なし		
「あり」の場合、具体的に			
首がすわった時期はいつですか？	歳　ヶ月		
歩いた時期はいつですか？	歳　ヶ月		
自分の名前を言い始めた時期はいつですか？	歳　ヶ月		

◎今までにかかったことのある病気に○をお付けください。

麻疹・風疹・水痘・おたふくかぜ・百日咳・リンゴ病・手足口病・喘息・アトピー性皮膚炎・じんま疹
花粉症・アレルギー性鼻炎・アレルギー性結膜炎・免疫不全・心臓病・腎臓病・肝臓病・けいれん
代謝性疾患・先天異常・その他（具体的な病名）（　）

◎入院されたことはありますか？

なし ・ あり　いつ（　）　どんな病気（　）
どこの病院（　）

◎いつも飲んでいる（使っている）お薬はありますか？

なし ・ あり　お薬の名前（　）

◎すでに受けた予防接種に○をお付けください。

肺炎球菌〈1回目・2回目・3回目・追加〉　ヒブ〈1回目・2回目・3回目・追加〉
B型肝炎〈1回目・2回目・3回目〉　ロタ：　ロタリックス〈1回目・2回目〉
ロタテック〈1回目・2回目・3回目〉　DPT-IPV（三種混合）〈I期 1回目・2回目・3回目・追加〉
DPT-IPV（四種混合）〈I期 1回目・2回目・3回目・追加〉　DT（二種混合）
BCG　生ポリオ〈1回目・2回目〉　不活化ポリオ〈1回目・2回目・3回目・追加〉
MR（麻疹・風疹）〈I期・II期〉　みずぼうそう〈1回目・2回目〉　おたふくかぜ〈1回目・2回目〉
日本脳炎〈I期1回目・2回目・追加・II期〉　子宮頸がん〈1回目・2回目・3回目〉

◎お薬や食べ物のアレルギーはありますか？　お薬で具合が悪くなったことがありますか？

なし ・ あり　（　）

◎家族構成　同居なさっている方を○で囲んでください。

おとうさん お母さん　おじいちゃん(父方)　おばあちゃん(父方)　おじいちゃん(母方)　おばあちゃん(母方)
兄（　）歳　姉（　）歳　弟（　）歳　妹（　）歳　その他（　）

◎ご家族や親戚の方で下記の病気といわれた方はいますか？（どなたが？）

喘息（　）・アトピー性皮膚炎（　）・花粉症（　）・アレルギー性鼻炎（　）
アレルギー性結膜炎（　）・食物アレルギー（　）・けいれん（　）・糖尿病（　）
心臓病（　）・腎臓病（　）・肝炎（　）・がん（　）・免疫不全（　）・膠原病（　）

◎当院を何でお知りになりましたか？

知人の紹介（　）・パンフレット・HP・看板（入り口看板 電柱看板）・その他（　）