初診問診票

ふりがな			ご住所	〒（　　－　　）
お名前		男 女		
生年月日	平成　　年　　月　　日			
電話	（　　）		携帯電話	

1、出生時の体重　　（妊娠　　週　　g）

2、保育園・幼稚園に行っていますか？　（園名：　　）

3、兄弟・姉妹はいらっしゃいますか？　　いない　・　いる　（　　人兄弟（姉妹）の　　番目）

4、今までにかかった病気に〇をつけてください。

突発性発疹　・　水ぼうそう　・　おたふく　・　気管支炎　・　喘息　・　肺炎

熱性けいれん　・　その他（　　）

5、今まで受けた予防接種をおしえてください。（受けた予防接種すべてに〇をつけてください）

BCG　・　ポリオ生ワクチン（　回）または不活化ポリオ（1・2・3回・追加）

ヒブワクチン（1・2・3回・追加）　・　肺炎球菌（1・2・3回・追加）　・　麻疹+風疹　MR（1・2回）

四種混合DPT+IPV（1・2・3回・追加）　・　三種混合DPT（1・2・3回・追加）　・　二種混合（ジフテリア+破傷風）

日本脳炎（Ⅰ期　1・2回）（追加）（Ⅱ期）　・　水ぼうそう　・　B型肝炎（1回目）（2回目）（3回目）

ロタ生ワクチン（1回目）（2回目）　・　その他（　　）

6、入院されたことはありますか　　いいえ　・　はい　（はいの方は以下ご記入ください）

病名：（　　）　いつ：（　　年　　月　　日から　　日間）

7、食物アレルギーの有無　ない　・　ある　（食品名：　　）・　わからない

8、薬に対するアレルギーの有無　ない　・　ある　（薬名：　　）・　わからない

9、お薬は飲めますか　はい（　水薬　・　粉薬　・　錠剤　・　カプセル　）・　苦手　・　わからない

10、今日はどうされましたか？

うえむらこども医院