ID：

初診問診票

ふりがな			ご住所	〒（　　-　　）
お名前	様	男 女		
生年月日	年　月　日　才			
電話①			電話②	

1、出生時の体重　(妊娠　　週　　g)・ わからない

2、保育園・幼稚園・学校に行っていますか？　はい ・ いいえ
（園・学校名　　）

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、予防接種は受けていますか？　全部受けている　・　わからない

(受けた予防接種がわかるかたは、すべてに〇をつけてください)
ヒブワクチン（1・2・3回・追加）　・肺炎球菌（1・2・3回・追加）　・ＢＣＧ
B型肝炎（1・2・3回）　・四種混合（1・2・3・追加）　・ロタ（1・2・3回）
麻疹+風疹 MR（1・2回）　・ 水ぼうそう （１・２回）　・ おたふく（１・２回）
日本脳炎（1期1・2・3回・2期）　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　ない ・ ある（薬品名：　　）・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？

体温：　　℃
体重：　　ｋｇ

うえむらこども医院