

< あおい小児科 問診票 >

ふりがな

お名前 \_\_\_\_\_ 男・女 \_\_\_\_\_ 生年月日 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ ヶ月)

ご住所 〒 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_ 携帯番号 \_\_\_\_\_

① 今日どのような理由でおいでになりましたか？

- ・ 乳児健診 ( \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ ヶ月) 体温 \_\_\_\_\_ °C 体重 \_\_\_\_\_ Kg
- ・ 予防接種(ワクチン名: \_\_\_\_\_ )
- ・ 症状があるので \_\_\_\_\_ いつから、どんな症状ですか

② 妊娠週数 \_\_\_\_\_ 週 \_\_\_\_\_ 日 出生時体重 \_\_\_\_\_ g

妊娠中及び出生時に異常がありましたか？

- ・ はい (具体的に \_\_\_\_\_ )
- ・ いいえ

③ 今までに大きな病気をしたことがありますか？

- ・ はい (具体的に \_\_\_\_\_ )
- ・ いいえ

④ ご家族に大きな病気をされた方はいらっしゃいますか？

- ・ はい (具体的に \_\_\_\_\_ )
- ・ いいえ

⑤ 今までにかかった病気 (○をつけてください)

麻疹 風疹 水ぼうそう おたふくかぜ 突発性発疹 熱性けいれん  
喘息 その他 ( \_\_\_\_\_ )

⑥ 接種済みの予防接種 (○をつけてください)

B C G B 型肝炎 D P T (三種混合) [1回目 2回目 3回目]

肺炎球菌 ヒブ ポリオ (生 or 不活化)

MR (麻疹風疹) [1期 2期] 日本脳炎 水ぼうそう おたふくかぜ

DT (二種混合) その他 ( \_\_\_\_\_ )

⑦ 薬のアレルギーはありますか？

- ・ はい (薬の名前 \_\_\_\_\_ )
- ・ いいえ

⑧ 食物アレルギーはありますか？

- ・ はい ( \_\_\_\_\_ )
- ・ いいえ

