

## 初診問診表

年 月 日

下記にご記入後、受付にお持ちください。

フリガナ

名前

出生体重: g

### ★お子様について教えてください

・出生時に何か問題はありましたか？(いいえ・はい内容: )

・乳児健診等で、成長発達に何か問題を指摘されたことはありましたか？  
(いいえ・はい内容: )

・今までに、入院・大きな病気・けがをしたことがありましたか？  
(いいえ・はい内容: )

・今服用中の薬はありますか？(いいえ・はい薬名: )

・予防接種でうけたものに○をつけてください。

Hib(1・2・3・4), 肺炎球菌(1・2・3・4), 4種混合(1・2・3・4), BCG,  
MR(麻疹・風疹ワクチン)(I・II), 水ぼうそう(1・2), 日本脳炎(I期1・2・追加II期),  
ロタウイルス(1・2・3), B型肝炎(1・2・3), おたふくかぜ(1・2),  
三種混合(I期1・2・3・I期追加), 生ポリオ(I・II), 不活化ポリオ(1・2・3・4)  
二種混合 その他( )

・かかったことのある感染症に○をつけてください。

突発性発疹, 溶連菌感染, 百日咳, 麻疹(はしか), 風疹(三日はしか)  
水痘(水ぼうそう), おたふくかぜ, 結核, 気管支炎, 肺炎, 喉頭炎  
その他( )

・アレルギー症状が出たことがありますか？あれば○をしてください。

じんましん 喘息 アレルギー性鼻炎 アレルギー性結膜炎  
アトピー性皮膚炎 花粉症 薬疹

### ★ご家族について教えてください

・ご家族で以下の症状がある方は○をしてください。またご両親が幼児期に症状があった場合も○をつけてください。

じんましん アレルギー性鼻炎 アレルギー性結膜炎 アトピー性皮膚炎  
花粉症 薬疹 その他の病気・症状

ご記入ありがとうございました。診察の順番までお待ちください。