

はじめて来院された方へ

平成 年 月 日

[下記の項目について記入もしくは○で囲んでください。]

ふりがな		男 ・ 女	昭・平	年	月	日生
お名前			被保険者(世帯主)との続柄			
ご住所	〒		電	()	話

1. 現在、体重は何kgですか？ (kg)

2. 希望の薬の性状 → 錠剤 ・ 粉 ・ シロップ



3. 出生時のようすについて

出生時体重 (g) , 分娩時 ・ 出生時の状態 (正常 ・ 異常)

予定日より (日) → 早かった ・ 遅かった ・ 予定日通り

4. 今まで以下の病気にかかったことがありますか？

百日咳 ・ はしか(麻疹) ・ みずぼうそう(水痘) ・ おたふくかぜ(流行性耳下腺炎) ・ 風疹 ・ 突発性発疹症 ・ けいれん(ひきつけ) その他()

5. 今までに大きな病気や入院をしたことがありますか？

ない ・ ある (その病名 :)

6. 今までに受けた予防接種はありますか？

ヒブ ・ 肺炎球菌 ・ ロタウイルス ・ B型肝炎 ・ 三種混合 ・ ポリオ ・ 四種混合 ・ BCG

麻しん風しん混合(MR) ・ 水ぼうそう ・ おたふく ・ 日本脳炎 ・ 二種混合(DT)

7. 下記のアレルギー性疾患を今までに指摘されたことがありますか？

気管支ぜんそく ・ アレルギー性鼻炎 ・ アトピー性皮膚炎 ・ じんましん ・ 食物アレルギー ・ 花粉症

8. ご家族の方の病気について

アレルギー体質の方がいますか → いる ・ いない ・ わからない

大きな病気、慢性の病気の方はいますか → いる ・ いない ・ わからない

9. 体質について

・ 卵, 牛乳, その他の食品, 薬, 注射等で発疹がでたことがありますか？

ない ・ ある (食品名, 薬名)

・ よく風邪をひく ・ よく熱を出す ・ よく下痢をする ・ ゼーゼーいやすい



10. どんなお乳で育てましたか → 母乳 ・ 人工乳 ・ 混合

11. 乳幼児期の発育について

首のすわり (ヶ月) , お座り (ヶ月) , 歩きはじめ (ヶ月)



問診表

年 月 日 () 曜日

氏名 _____ 年齢: _____ 才 _____ か月 体重: _____ kg

☆ 今日のお熱は () 度です。

お熱のある方は、いつからですか？

月 日 () 度

※ 解熱剤は、使いたい・使いたくない

月 日 () 度



月 日 () 度

座薬・粉・錠剤

☆ いつから、どうなさいましたか？

☆ 食事・水分は ... とれている ・ とれていない

☆ その他、気になる事や聞きたい事のある方は、お書きください。