

# 問診表

ふりがな  
氏名

男・女

被保険者との続柄 (第 子)

日中の保育者 母、祖父母、保育園、他 ( )

生年月日 MS  
TH 年 月 日

年齢 才 ヶ月 日

住所 〒

電話

(帰省中の住所 〒

電話 )

今日は いつから、どのような症状がありましたか？

現在、服用中のお薬 (

) 栄養法 (母乳・混合・ミルク・離乳食)

今までかかったことのある病気は？

麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜ、百日咳、突発性発疹、インフルエンザ、気管支喘息、クループ、肺炎、中耳炎  
花粉症、アトピー性皮膚炎、熱性けいれん、心疾患、腎疾患、川崎病、その他 ( )

予防接種はすんでいますか？

BCG、三種混合 (1. 2. 3. 追)、四種混合 (1. 2. 3. 追)、二種混合、生ポリオ (1. 2)、不活化ポリオ (1. 2. 3. 追)  
麻疹風疹混合 (1. 2)、日本脳炎 (1. 2. 追加. 2期)、ヒブ (1. 2. 3. 追)、肺炎球菌 (1. 2. 3. 追)、インフルエンザ  
水痘 (1. 2)、おたふくかぜ (1. 2)、B型肝炎 (1. 2. 3)、ロタウイルス (1. 2. 3)、子宮頸がん (1. 2. 3)

アレルギー体質はありますか？

無、有：食物 [ ], お薬 [ ], その他 [ ]

出生時について (母子手帳をお持ちの方は受付に提出してください。)

生まれは何グラムですか？ 週 日、 g、 黄疸：無、普通、強  
異常はありましたか？ 無、有 ( )

ご家族の方で、病気のある方はいますか？

気管支喘息、花粉症、アレルギー性鼻炎、アトピー性皮膚炎、高血圧、心臓病、腎臓病、肝臓病、糖尿病  
その他 ( )

家庭内でタバコを吸う人はいますか？

いない、いる：父、母、祖父、祖母、その他 ( )

当院を受診されたきっかけをお聞かせください。

近所、知人のすすめ、ホームページ(インターネット)、NTT電話帳、たて看板、広告、当番医  
家族がかかっている、その他 ( )