

小児科問診票

令和 年 月 日

おわかりになる範囲で結構ですので、ご記入ください。

ふりがな お名前		男 女		住所 〒	
生年月日 平成 令和 年 月 日生		自宅電話番号 ()			
		連絡先又は携帯 ()			
通っているのは		_____ 保育園、幼稚園、小学校____年、中学校____年			
お子さんの数は		_____人 このお子さんは_____番目			
妊娠または出産時の異常		なし あり (どんな)			
週数	_____週	出生時体重	_____g	新生児期の異常	なし あり ()
乳幼児期の発達		首のすわり_____カ月 おすわり _____カ月 寝 返 り_____カ月 ひとり歩き_____カ月			
これまでに受けた予防接種 (○でかこんで下さい)		BCG ポリオ 三種混合 四種混合 MR1・2期 日本脳炎 水痘 おたふくかぜ ヒブ 肺炎球菌 ロタ B型肝炎 他 ()			
これまでにかった病気 (○でかこんで下さい)		麻疹 風疹 おたふくかぜ 水痘 百日咳 その他 ()			
手術を受けたこと		なし あり (歳の時何の)			
ひきつけを起こしたこと		なし あり (発熱の有無 有・無 歳頃から 回)			
薬で発疹が出たこと		なし あり (どんな薬で)			
食べ物のアレルギー		なし あり (牛乳 卵 その他)			
家族の方で喘息、アトピー性皮膚炎、アレルギー性鼻炎、じんましん等の人はいますか いない いる (どなた が、病名)					

当院で定めた利用目的の範囲内で利用いたします。