

## 問診表

フリガナ S / H / R 記載日 R 年 月 日  
氏名 男・女 年齢 年 月 日生  
電話番号① 続柄 ( )

② 続柄 ( )  
住所〒 (帰省中の方は余白に帰省先の住所・電話番号も記載)

普段のかかりつけの病院 診療 ( ) 予防接種 ( )

( ) 中学校・( ) 小学校 ( ) 年生 / ( ) 保育園・幼稚園・認定こども園

### 1) 生まれた状況について (5歳以下の方だけご記入下さい)

生まれた時の体重 ( ) g 予定日から ( ) 日 (早く・遅く) 生まれた  
生まれた時の異常はありましたか なし・あり ( )

### 2) 生後の発達について (3歳以下の方だけご記入下さい)

首の座り ( ) ヶ月・寝返り ( ) ヶ月・お座り ( ) ヶ月  
はいはい ( ) ヶ月・ひとり歩き ( ) ヶ月

### 3) 今までに罹った病気に○をつけて下さい

突発性発疹・水痘・はしか・おたふく (ムンプス) ・風疹 (3日はしか) ・RSウイルス感染症  
気管支喘息 (小児喘息) ・アトピー性皮膚炎・蕁麻疹・熱性痙攣・腎臓の病気・心臓の病気・肺炎  
川崎病・副鼻腔炎 (ちくのう) ・中耳炎・その他 ( )  
◎今も通院している場合は病名・治療薬をご記入下さい ( )

### 4) 入院したことはありますか

病名 年月日

### 5) 薬のアレルギーや食物アレルギーはありますか

なし・あり (具体的にご記入下さい: )

### 6) 接種済の予防接種に○をつけて下さい

ロタワクチン1回目・2回目・3回目 B型肺炎1回目・2回目・3回目  
ヒブワクチン1回目・2回目・3回目・追加 肺炎球菌1回目・2回目・3回目・追加  
四種混合1回目・2回目・3回目・追加 五種混合1回目・2回目・3回目・追加  
BCG 麻疹・風疹混合ワクチン (MR) I期・2期 水痘1回目・2回目  
三種混合 ポリオ おたふく1回目・2回目  
日本脳炎1回目・2回目・追加・2期 二種混合 その他 ( )

### 7) 血縁の家族の方に下記のあてはまる病気はありますか

アレルギー (気管支喘息・鼻アレルギー・花粉症・アトピー性皮膚炎・食物アレルギー) ・結核・心疾患  
・肝疾患・腎疾患  
その他 ( ) ★裏面もご記入お願いします

