



# 問診票



〒 \_\_\_\_\_  
住所 \_\_\_\_\_

電話番号 自宅 \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_  
携帯 \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

フリガナ \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ 性別 男・女

生年月日 H \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生 年齢 \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ ケ月

- 出生時体重 \_\_\_\_\_ g
- 分娩時異常はありましたか？（有・無）
- 今までかかったことのある病気はありますか？（はい・いいえ）

はいの方はいつ頃、どんな病気ですか？

- けいれん発作を起こしたことがありますか？（はい・いいえ）

はいの方はいつ頃、何回ありましたか？

- アレルギーはありますか？（はい・いいえ）

はいの方は、何のアレルギーかお書きください

食物⇒  
薬⇒  
その他⇒

- 成長・発達について健診などで指摘を受けたことがありますか？（はい・いいえ）



## 予防接種歴



	1回	2回	3回	追加		1回	2回	3回
ヒブ					MR(麻疹・風疹混合)			
肺炎球菌					麻疹			
ロタウイルス					風疹			
三種混合					DT(ジフテリア・破傷風混合)			
四種混合					子宮頸がん(サーバリックス)			
ポリオ(生)					子宮頸がん(ガーダシル)			
不活化ポリオ					水痘			
BCG					おたふくかぜ			
B型肝炎					日本脳炎			