

川野辺小児科問診表 (乳児用)

記載日

(ふりがな)

お名前 _____ 男 ・ 女 平成 年 月 日生まれ(月 日)

現住所 (郵便番号 _____) : 電話番号 _____

生まれた病医院名 :

生まれた時の 体重 _____ g 身長 _____ cm 在胎週数 _____ 週 日
分娩時の異常 : なし ・ あり (_____)
黄疸 : なし ・ 軽度 ・ あり (光線療法 _____ 日 その他の治療 _____)

哺乳は : 母乳のみ _____ 混合 (母乳中心 ミルク中心) _____ ミルクのみ (1回哺乳量平均 _____ ml)

離乳食は 未開始 ・ 開始 (1日 _____ 回)

薬や飲食物に対するアレルギーは? なし ・ あり (下へご記入下さい)

生まれてから今までにかかった病気はありますか? なし ・ あり (下へご記入下さい)

家族構成をお書きください (年齢も)

ご家族にアレルギー性疾患 (喘息、鼻炎、過敏症など) の方はいませんか? なし ・ あり

予防接種についてご記入下さい (接種したワクチンに丸をつけてください)

BCG ・ ポリオ (_____ 回) ・ 三種混合 (1期 _____ 回) ・ MR(麻疹+風疹) ・ 肺炎球菌
ヒブ(Hib)ワクチン _____ その他 (_____)

現在かかっている病、医院はございますか? いいえ ・ はい (以下にご記入下さい)

現在服用 (または塗布) している薬はございますか? いいえ ・ はい (以下にご記入下さい)

保育園等にあずけていますか? いいえ ・ はい (_____ 日/週) 場所 :

ご家族等にかげなどひいている方がいらっしゃいますか? いいえ ・ はい (以下にご記入下さい)
「はい」の場合どなたですか?

最近 (6ヶ月以内) に引越ししましたか? いいえ ・ はい (引越し時期 : _____)
(以前の住所 _____ ~市まで :

☆ 現在の症状については別紙の小さいメモ「問診票 (初診用)」の方へご記入願います

(健診の場合は不要です)

☆ 本院の診療はすべて予約診療となります。詳しくは「予約診療の手引き」をご覧ください。

川野辺小児科