

初めて受診される方へ

令和 年 月 日

ふりがな

お名前 (男・女) 体重 (kg)
親との続柄 () () 人兄弟・姉妹の () 番目
生年月日： 昭和・平成・令和 年 月 日 (年 か月)
住所：
TEL： () - () - ()

1. 今日どのようなことでこられましたか。

熱 (°C)、咳、痰、鼻水、喉の痛み、頭痛、ぜーぜー、下痢、腹痛、嘔吐、発疹
その他 ()

2. 生まれた時の体重 (g)、 出生時の異常 (あり・なし)
異常があればどのようなことでしたか ()

3. 乳幼児期の栄養は (母乳・混合・人工乳) のどれでしたか。

4. 今までにかかった病気について教えてください。

突発性発疹、麻しん、みずぼうそう、おたふくかぜ、風しん、百日咳、アトピー性皮膚炎、
喘息、花粉症、ひきつけ、その他 ()

5. 今までに受けた予防接種はありますか。

ロタ、B型肝炎、五種混合、四種混合、三種混合、ヒブワクチン、肺炎球菌、BCG、麻しん風しん、
水痘、おたふくかぜ、日本脳炎、二種混合、子宮頸がん、インフルエンザ、コロナ、
その他 ()

6. 発達についておたずねします。

首がすわったのは () か月

おすわりは () か月

歩き始めたのは () か月

言葉がいえるようになったのは () か月

7. 気がかりな体質上の問題は何かありますか。

()

この問診票の内容は診療以外の目的で使用されることはありません。

あおき小児科

