

新患受付・問診表

平成 年 月 日

ふりがな				男 ・ 女
氏名		様		
生年月日		昭・平 年 月 日生	才 月	
現住所		〒		
電話	自宅		自宅以外 連絡先	

お手数ですが、次の質問にお答え下さい。わからないところはとばして結構です。

○何人中、何番目のお子さんですか。\_\_\_\_\_人中 \_\_\_\_\_番目

○ご両親は今までに大きな病気をしたことがありますか。（ ない ・ ある ）  
その内容( \_\_\_\_\_ )

○兄弟姉妹は今までに大きな病気をしたことがありますか。（ ない ・ ある ）  
その内容( \_\_\_\_\_ )

○生まれたときは予定日より\_\_\_\_\_日 早かった ・ 遅かった ・ 予定日だった。  
生まれた時の体重は \_\_\_\_\_g  
生まれたときにもんだいとなったことに○をつけてください。

仮死、黄だん、呼吸障害、その他( \_\_\_\_\_ )

○今までに何か大きな病気をしたことがありますか。（ ない ・ ある ）  
あったら何才ごろですか。（例： 3才 肺炎）

○次の病気のうち今までにかかったことのあるものに○をつけてください。

（予防接種は除きます）

はしか、水ぼうそう、ふうしん、おたふくかぜ、百日ぜき、突発性発疹

○今までにけいれん(ひきつけ)をしたことがありますか。（ ない ・ ある ）  
その時に熱は( ない ・ ある )

○今までに薬で発疹が出たり、アレルギーをおこしたことがありますか。  
( ない ・ ある )その薬は( \_\_\_\_\_ )

○卵や牛乳にアレルギーはありますか。 卵( ない ・ ある ) 牛乳( ない ・ ある )

○次の予防接種のうち、うったことのあるものに○をつけてください。

ポリオ、ロタ、ヒブ、肺炎球菌、3種混合、4種混合、BCG、MR、おたふくかぜ、水ぼうそう、