

新患受付・問診表

I. D.

年月日:

ふりがな				男 ・ 女		
氏名	様					
生年月日	昭・平・令	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。(予防接種は除く)

水ぼうそう、はしか、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・不明) 牛乳(ない・ある・不明)

○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。

ロタ、B型肝炎、ヒブ、肺炎球菌、4種混合、BCG、麻疹・風疹、水ぼうそう、おたふくかぜ、
日本脳炎、二種混合、ポリオ、三種混合