

♪初診問診票♪

ねりま駅前キッズクリニック

ふりがな		男・女	生年月日	平成 年 月 日
お名前				
ご住所	〒 -		電話番号	()
			携帯電話	()

☆今までに以下の病気にかかったことはありますか？

突発性発疹・はしか・水ぼうそう・おたふく・風疹・百日咳・RSウイルス感染症
ひきつけ（ 歳 回）・気管支炎・肺炎・喘息・かぜをひきやすい

☆入院したことはありますか？ なし・あり（ ）

☆食物アレルギーはありますか？ なし・あり（ ）

☆薬物アレルギーはありますか？ なし・あり（ ）

☆家族・親類にアレルギー疾患のある方がいますか？ いない・いる（父・母・兄弟）

※喘息・アトピー性皮膚炎・アレルギー性鼻炎・食物アレルギー・薬疹・花粉症

☆妊娠中、出産時に何か心配なことはありましたか？

なし・あり（妊娠高血圧症・切迫早産・帝王切開・仮死・その他： ）

☆妊娠週数を教えてください（ 週 日）

☆出生時の体重を教えてください（ g）

☆生まれた病院（ ）

☆乳児期の栄養方法（母乳・混合・人工）

☆乳児期の発育について

笑う（ か月）・首のすわり（ か月）・お座り（ か月）・歩き始め（ か月）

☆今までに受けた予防接種を○で囲んでください

BCG / ポリオ（1回・2回） / 不活化ポリオ（1回・2回・3回・4回）
ヒブ（1回・2回・3回・追加） / 肺炎球菌（1回・2回・3回・追加）
三種混合（Ⅰ期：1回・2回・3回・追加） / 四種混合（1回・2回・3回・追加）
MR（麻しん風しん混合）（Ⅰ期・Ⅱ期） / 麻しん単独 / 風しん単独
日本脳炎（Ⅰ期：1回・2回・追加・Ⅱ期） / 二種混合
ロタウイルス（1回・2回・3回） / B型肝炎（1回・2回・3回）
水痘（1回・2回） / おたふくかぜ / 子宮頸がん（1回・2回・3回）