

♪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)