

初診
 (ふりがな)
 お名前 _____ (男 ・ 女)
 生年月日 昭和・平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)
 住所 〒 _____
 TEL (_____) _____ 携帯 _____
 保護者氏名 _____

問 診 票

- 妊娠中・出産時に、何か気になることがありましたか？ (ない ・ ある)
 妊娠中毒症・切迫早産・骨盤位・仮死・その他 (_____)
- 在胎週数 _____ 週 出生体重 _____ g
 分娩様式： 正常分娩・吸引分娩・鉗子分娩・帝王切開
 生まれた病院： _____
- 赤ちゃんの時 (新生児期) 何か治療を受けましたか？
 (_____)
- 兄弟はいますか？ いない・いる (_____ 人兄弟の _____ 番目)
- 薬に対するアレルギーはありますか？ (ない ・ ある : _____)
- 食物アレルギーはありますか？ (ない ・ ある : _____)
- そのほかにアレルギー症状はありますか？
 (ない ・ ある : 鼻炎・結膜炎・アトピー性皮膚炎・喘息・その他 _____)
- これまでにかかった病気はありますか？
 突発性発疹・はしか・水痘・おたふくかぜ・風疹・百日咳・RSウイルス感染
 ひきつけ (_____ 回 : 最終 _____ 歳) ・その他 : _____
- 入院したことはありますか？ ない ・ ある (_____ 歳 : 病名 _____)
- 家族・親類に、アレルギー疾患のある人はいますか？ (いない ・ いる)
 喘息・鼻炎・食物アレルギー・アトピー性皮膚炎・薬・その他 :
 (どなたですか？ _____)
- 家族・親類に、熱性痙攣・ひきつけをおこしたことがある人はいますか？
 (いない ・ いる : どなたですか？ _____)
- その他
 (_____)