

## 中村医院 問診票 (小児用)

年 月 日

ご住所 〒									
電話番号									
ふりがな									
お名前				男・女					
生年月日	年	月	日	現在の体重	kg	身長	cm	体温	℃

以下の項目にわかる範囲でご記入ください、わからないところは空欄で結構です。

1) 出生時の状況

在胎週数: 週 日 出生体重 g 仮死の有無: あり なし

2) 乳児期の栄養方法: 母乳 混合 人工

3) 今までにかかった病気に○を付けて下さい

突発性発疹・はしか(麻疹)・風疹・水ぼうそう(水痘)・おたふく(流行性耳下腺炎)・百日咳・熱性けいれん・その他( )

4) 食物アレルギーの有無:ある(制限している食物: )  
ない わからない

5) お薬に対するアレルギーの有無: ある(薬品名: ) ない わからない

6) アレルギー性疾患と言われたことがありますか?

食物アレルギー・アトピー性皮膚炎・乳児喘息・小児喘息・気管支喘息・喘息性気管支炎・アレルギー性鼻炎・花粉症・蕁麻疹・アルコールアレルギー(アルコール消毒で皮膚発赤)・  
その他( )

7) 予防接種を受けたことがありますか? 接種済みのワクチンに○をつけてください

BCG ポリオ生ワクチン( 回) 不活化ポリオワクチン(1・2・3・追加)  
ヒブワクチン(1・2・3・追加) 肺炎球菌ワクチン(1・2・3・追加)  
3種混合DPTワクチン(1・2・3・追加) 4種混合DPTIPVワクチン(1・2・3・追加)  
麻疹風疹MRワクチン(1回・2回・3回以上) 日本脳炎(I期1回目・2回目)(II期)(追加)  
水痘ワクチン(水ぼうそう)(1回・2回) ムンプスワクチン・ロタワクチン(1回・2回・3回)  
その他( )

8) 入院・手術されたことがありますか?

病名: 時期: 期間:

9) 常用薬(いつも飲んでいるお薬)はありますか? はい( )  
いいえ

10) 当医院を何でお知りになりましたか?

ホームページ 口コミ 知人からの紹介 その他( )

ありがとうございました。

(DDまっぷホームページより印刷)