小児科問診票（初めて受診される方）

（ふりがな）
１．お名前：　　性別：　男　・　女

２．生年月日：　平成　　年　　月　　日　　（年齢　　歳　　ヶ月）

３．住所：

４．電話番号（必要時病院から連絡してもよい番号をご記入ください）
ＴＥＬ：　　携帯：

５．体重（お薬の量を計算するために必要です。必ずご記入ください）　　kg（　　g）

６．通園・通学先＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　保育園・幼稚園・小学校・中学校
→今流行している病気はありますか？　いいえ／はい：（　　）

７．薬や食べ物などにアレルギーがある方はご記入ください
薬：（　　）　食べ物：（　　）

８．今までに大きな病気、入院、手術をされましたか？
病気：（　　）
入院：（　　）　手術：（　　）

９．ワクチン接種歴：済んでいるものを〇でかこんでください（分かる範囲でご記入ください）

ヒブ	１回　・　２回　・　３回　・　追加
肺炎球菌	１回　・　２回　・　３回　・　追加
３種混合・４種混合	１回　・　２回　・　３回　・　追加
不活化ポリオ	１回　・　２回　・　３回　・　追加
日本脳炎	１回　・　２回　・　１期追加　・　２期追加
ＢＣＧ	
Ｂ型肝炎	１回　・　２回　・　３回
ロタ	１回　・　２回
麻しん・風疹	１回　・　２回
おたふくかぜ	１回　・　２回
水ぼうそう	１回　・　２回
子宮頸がん	１回　・　２回　・　３回

１０．下記の中に罹られたことのある病気はありますか？

はしか	風疹	水ぼうそう	おたふく	百日咳	喘息	ひきつけ
歳	歳	歳	歳	歳	歳	歳

１１．生まれてすぐに何か異常はありましたか？（　　）
生まれた時の体重は？（　　g）

１２．これまでに乳幼児健診で発達、身体発育などの異常を指摘されたことがありますか？
いいえ／はい：（　　）

１３．家族歴（同居されているご家族をご記入ください）

続柄	年齢	続柄	年齢
父	歳	兄	歳　　歳
母	歳	姉	歳　　歳
祖父	歳	弟	歳　　歳
祖母	歳	妹	歳　　歳