診療申込書 ＆ 問診票

フリガナ： お名前： 性別：　男　・　女
生年月日 平成 ・ 令和 _____ 年 ____ 月 ____ 日 生　（ _____ 才 _____ ヶ月）
おところ 〒 _____ － _____ （※ 郵便番号は必ずご記入下さいませ。）
お電話 ご自宅： 携帯：

☆ 問 診 票 ☆

1．今日はどうしましたか？

_____

2．生まれた時の状況を教えてください。

分娩施設名（_____ ）

週数：_____週　　出生体重：_____g

分娩方法：　☐ 正常分娩　　☐ 帝王切開　　☐ 吸引分娩

3．今までに大きな病気にかかったこと、入院したことはありますか？

☐ ない　　☐ ある （ ☐ 熱性けいれん　　☐ 気管支喘息　　☐ アトピー性皮膚炎 ）

その他　（　　）

4．今までに食べ物やお薬でアレルギーの症状（例えば、蕁麻疹など）が出たことはありますか？

☐ ない　　☐ ある （ いつ頃：_____ 何に：_____）

5．予防接種は済みましたか？　済んだものに○をつけてください。

☐ 五種混合（1・2・3・追）	☐ 四種混合（1・2・3・追）	☐ ヒブ（1・2・3）
☐ 肺炎球菌（1・2・3・追）	☐ B型肝炎（1・2・3）	☐ ロタ（1・2・3）
☐ BCG	☐ MR（麻疹風疹混合）（1・2）	☐ 水ぼうそう（1・2）
☐ おたふく（1・2）	☐ 日本脳炎（1期1・2・追，2期）	☐ 二種混合

6．家族構成をご記入ください。　アレルギー疾患・慢性の病気は記入してください。

父	歳	健康　・　疾患等：（　　）
母	歳	健康　・　疾患等：（　　）
	歳	健康　・　疾患等：（　　）
	歳	健康　・　疾患等：（　　）