問診票（初診用）　　記入日 西暦　　年　　月　　日

（ふりがな）　　男 お名前　　女	生年月日 西暦　　年　　月　　日 （年齢　　歳　　ヶ月）
ご住所 〒（　　-　　）	電話番号 （　　-　　-　　） 携帯電話 （　　-　　-　　）

以下の項目について、お分かりになる範囲で○をつけて、ご記入ください。

① 出産・発育について
・出産：（　　）週（　　）日で出生　　・出生後 NICU に入院： なし ・ あり
・黄疸： なし ・ 少しあり ・ あり → 光線療法 ・ 交換輸血
・乳児期の栄養方法： 母乳 ・ 混合 ・ ミルク
・発育・発達について： 心配がある ・ 指導を受けたことがある ・ 特に心配はない

② 兄弟姉妹が いない ・ いる → 男 ・ 女 （　　歳）　男 ・ 女 （　　歳）
男 ・ 女 （　　歳）　男 ・ 女 （　　歳）

③ 今までにかかった病気、 または現在、通院・治療中の病気について
・突発性発疹　・風疹　・はしか　・おたふくかぜ　・百日咳　・水ぼうそう　・肺炎
・気管支ぜんそく　・アトピー性皮膚炎　・アレルギー性鼻炎　・花粉症
・熱性けいれん　・てんかん　・発達障害
・その他 （　　）
・入院したことがあればご記入ください （　　）

④ 済んだ予防接種について
・ヒブ（Hib） （未・1 回・2 回・3 回・追加）　・小児肺炎球菌 （未・1 回・2 回・3 回・追加）
・5 種混合または 4 種混合または 3 種混合 （未・1 回・2 回・3 回・追加）
・ロタウィルス（種類：ロタテック・ロタリックス） （未・1 回・2 回・3 回）
・BCG （未・済）　・B 型肝炎 （未・1 回・2 回・3 回）
・麻疹・風疹（MR） （未・1 期・2 期）　・水ぼうそう （未・1 回・2 回）
・日本脳炎 （未・1 回・2 回・第 1 期追加・第 2 期）　・二種混合 （未・済）
・おたふくかぜ （未・1 回・2 回）　・子宮頸がん（HPV） （未・1 回・2 回・3 回）
・その他 （　　）

⑤ 食物アレルギー　なし ・ あり → （対象食物：　　）
薬物アレルギー　なし ・ あり → （対象薬物・：　　）

⑥ 現在通っている保育所・幼稚園・学校　（　　）

⑦ ご家族について
・タバコを吸う方はおられますか？ いない ・ いる →
・次のアレルギー体質の方はおられますか？ どなたですか？ （　　）
（気管支ぜんそく ・ アトピー性皮膚炎 ・ 食物アレルギー ・ 花粉症 ・ アレルギー性鼻炎 ・ 薬物アレルギー）

⑧ 当院を受診された理由を教えてください （複数回答可）
1．近所だから 2．以前から知っていたから 3．看板 4．広告 5．ホームページ 6．口コミ
7．その他 （　　）

ご協力ありがとうございました。

津田小児科
Tsuda Kids Clinic