

記入日 西暦 年 月 日

あいほら子どもクリニック 問診票（初診用）

フリガナ お名前	男 女	家で何と呼んでいますか？	生年月日 西暦 年 月 日 (年齢 歳 ヶ月)
-------------	--------	--------------	-------------------------------

マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？ （ はい ・ いいえ ）

以下の項目について、お判りになる範囲で○を付けてご記入ください。

① 出産 発育について

■出生：（ ）週（ ）日で出生 ■出生体重：（ ）g ■出生身長：（ ）cm

■黄疸： なし ・ あり → 光線療法・交換輸血・その他（ ）

■乳児期の栄養方法： 母乳 ・ 混合 ・ 人工乳

② 兄弟姉妹がいますか？ いなし ・ 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、もしくは現在通院中の病気について

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
けいれん 喘息 アトピー性皮膚炎 アレルギー性鼻炎 花粉症 じんましん
その他の病気（ ）

入院したことがあればご記入ください。（ ）

④ 予防接種について

ヒブ（Hib）（未・1回・2回・3回・追加） 肺炎球菌（未・1回・2回・3回・追加）
五種混合（未・1回・2回・3回・追加） BCG（未・済）
四種混合（未・1回・2回・3回・追加） 水ぼうそう（未・1回・2回）
麻しん風しん（MR）（未・1期・2期） B型肝炎（未・1回・2回・3回）
日本脳炎（未・1回・2回・第1期・第2期） おたふくかぜ（未・1回・2回）
ロタウイルス（種類：ロタテック・ロタリックス）（未・1回・2回・3回）
二種混合（ジフテリア・破傷風）（未・済）
子宮頸がん（HPV）（種類： ）（未・1回・2回・3回）

⑤ 食物アレルギー： なし ・ あり →（対象食物： ）

⑥ 薬物アレルギー： なし ・ あり →（対象薬剤： ）

⑦ ご家族について

■タバコを吸う方はおられますか？ いなし ・ いる → どなたですか？（ ）

■次のアレルギー体質の方はおられますか？ いなし ・ いる → どなたですか？（ ）
（喘息・アトピー・食物アレルギー・花粉症・鼻炎・薬物アレルギー・その他）

■次の病気にかかったことのある方はおられますか？ いなし ・ いる →どなたですか？（ ）
（けいれん ・ 心臓病 ・ 腎臓病 ・ 血液疾患）