

# 初診 問診票（1歳未満）

\*この問診票は、診察の時に参考にしますので、わかる範囲でご記入お願い致します。

フリガナ	生年月日	年齢	才	ヶ月	男・女
氏名	令	年	月	日	
住所	〒                      ー				
電話番号： 自宅	携帯				

現在の体温（              °C）	診察時の体重              kg	出生時の体重              kg
-------------------------	------------------------	------------------------

1 いつ頃から、どの様に具合が悪いのですか？	クリニック使用欄	
2 新生児期(生後4週間までの時期)に異常はありましたか？ なし・異常あり 具体的に；		
3 乳児期(生後1才前後までの時期)の栄養法について教えてください。 母乳・ミルク・混合		
4 これまでに受けた予防接種について教えてください。 BCG・インフルエンザ菌・肺炎球菌・四種混合・麻しん風しん(MR) 水痘・日本脳炎・おたふくかぜ・ロタ		
5 これまでに、どの様な病気にかかりましたか？ はしか・風しん・おたふくかぜ・水痘・突発性発疹・川崎病 ・熱性けいれん・その他 具体的に；		
6 現在、他に治療中の病気があれば、ご記入ください。 ない・ある 具体的に；		
7 薬または食物アレルギーはありますか？ ない・ある 具体的に；		
8 診察時に、特に心配な事や相談したいことがあれば、お書きください。		
* 当院をどちらでお知りになりましたか？		
□インターネット □看板 □知人 □通りがかり □その他(                      )		