

# 初診時間診票

ふりがな			ご住所	〒 ( - - - )
お名前		男女		
生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日			
電話	( )		携帯電話	( )

大人の方は、「問診 6, 7, 8」の記入をお願いします。

1. 出生時の体重 (妊娠 週 g )	
2. 出生時の異常はありますか? いいえ はい ( )	
3. 兄弟・姉妹はいますか いない ・ いる( 人兄弟 (姉妹) の 番目)	
4. 今までかかった病気に○をつけて下さい。 突発性発疹 ・ はしか ・ 風疹 ・ 水ぼうそう ・ おたふく ・ RS 感染症 喘息 ・ 肺炎 ・ その他 ( ) けいれん → 無 有 ( けいれん時に発熱 有 無 ) 最終 : 年 月 日 計 回 抗けいれん剤の使用 : 無 ・ 有 (薬名 : )	
5. 食物アレルギーの有無 ない ・ わからない ある (食品名 : )	
6. 薬に対するアレルギーの有無 ない ・ わからない ある (薬名 : )	
7. 家族に持病のある方はいますか? ない ・ ある ( )	
8. 麻疹・風疹の接種歴 接種したものに○をつけて下さい。 麻疹風疹 (MR) ( 1 期 ・ 2 期 )	

★ 診察内容により順番が前後することがありますご了承下さい。