

初 診 問 診 票（当クリニックにカルテがない方用）

記入日 ____年 ____月 ____日

氏名 _____ 性別: 男・女 生年月日: S H R ____年 ____月 ____日 (____歳 ____か月)

現住所 (〒 ____) _____

連絡先: 固定電話 _____ 携帯電話 _____

【該当するところに○をお願いします】

同居家族の構成: 父 ____ 母 ____ 兄 (____歳) 姉 (____歳) 弟 (____歳) 妹 (____歳)
ほかの同居の方 (_____)

就学状況: 未就園 ・ 保育園 ・ 幼稚園 ・ 小学校 ・ 中学校 ・ 高校 (名称 _____)

1. 出生時の状況

出生時体重 _____ g 在胎週数 ____週 ____日 分娩異常 有 (_____) ・ 無
出生直後の異常 有 (_____) ・ 無 入院 有 (_____) ・ 無

2. これまでの病気: 既往歴

☐ 突発性発疹 ☐ 百日咳 ☐ クループ ☐ RS ウイルス感染 ☐ 喘息性気管支炎 ☐ 肺炎
☐ 気管支喘息 ☐ 中耳炎 ☐ 尿路感染症 ☐ 川崎病 ☐ 熱性けいれん ☐ てんかん
☐ 溶連菌 ☐ 麻疹 ☐ 風疹 ☐ 水痘 ☐ おたふくかぜ ☐ アトピー性皮膚炎 ☐ 食物アレルギー ☐ アレルギー性鼻炎 ☐ その他 (_____)
今まで病気で入院したことがありますか? ある (_____) ・ なし

3. 予防接種の状況

種類	1	2	3	4
B型肝炎			(追加)	
ロタ			(5価)	
ヒブ				(追加)
肺炎球菌				(追加)
四種混合				(追加)
B C G				
日本脳炎			(追加)	(2期)

種類	1	2	3	4
MR				
水痘				
ムンプス				
二種混合	(2期)			
子宮頸がん				
COVID-19				

4. 家族の病気について ? (_____)

帰省中の方はご記入下さい。 帰省先氏名 帰省先住所 ・ TEL

(_____)

ありがとうございました。