

問診票

平成 年 月 日

園名・学校名	
	幼稚園・保育園
	小学校・中学校

フリガナ		
氏名		
TEL	-	-
携帯	-	-

診察の参考にしますので、以下の質問にお答え下さい。

- ① 出生時体重はいくつですか？ _____ g
- ② 妊娠・分娩に異常はありませんでしたか？
 ない ある（妊娠中毒症・帝王切開）
- ③ 新生時期に異常はありませんでしたか？
 ない ある（新生児仮死・黄だん等）
- ④ 乳児期の栄養法を教えてください。
 母乳 混合 ミルク
- ⑤ 発達はいかがですか？
 ・ 首のすわり _____ ケ月
 ・ 寝返り _____ ケ月
 ・ おすわり _____ ケ月
 ・ ひとり歩き _____ ケ月
- ⑥ 気になる体質はございますか？
 風邪をひきやすい 下痢をしやすい 皮膚が弱い
 ぜろぜろする その他（ _____ ）
- ⑦ 今までにかかった主な病気は何ですか？
 （ _____ ）
- ⑧ 起床時間および就寝時間を教えてください。
 起床時間（ _____ 時 _____ 分） 就寝時間（ _____ 時 _____ 分）
- ⑨ ご家族（父、母、祖父母、兄弟姉妹）に病気がありますか？
 心臓病 腎臓病 肝臓病 喘息 アレルギー疾患
 その他（ _____ ）
- ⑩ ご本人、またはご家族の方に「薬」アレルギーがありますか？
 ない ある（薬の名前： _____ ）
- ⑪ 予防接種歴を伺います。受けたものに☑してください。
 ポリオ生ワクチン BCG
 三種混合 1期（1回、2回、3回、追加） ヒブ 肺炎球菌
 麻疹・風疹 混合（MR） おたふくかぜ みずぼうそう
- ⑫ 家で動物を飼っていますか？ はい（ _____ ） いいえ
- ⑬ 家にタバコを吸う人がいますか？ はい（ _____ ） いいえ
- ⑭ 当院はどのようにしてお知りになりましたか？
 知人・友人の紹介 ホームページ すでに他の家族がかかっている