

新患問診票

____月 ____日

☆可能な範囲でご記入ください。診察の参考にいたします。

お名前〔 _____ 〕〔男・女〕 年齢〔 _____ 才〕

*保育園（所）、幼稚園、学校などに通っていますか？

いいえ・はい（ _____ ）保育園（所）・幼稚園・小学校・中学校・高校・その他

*今まで受けた予防接種に○をつけてください。

BCG 生ポリオ 不活化ポリオ 三種混合 四種混合 ヒブ 肺炎球菌
ロタウイルス B型肝炎 麻疹・風疹 日本脳炎 水痘 おたふくかぜ
子宮頸がん その他（ _____ ）

*次にあげるような病気にかかったことがあれば○をつけてください。

熱性けいれん てんかん 麻しん 風しん 水痘 おたふくかぜ 川崎病
突発性発疹 喘息 アトピー性皮膚炎 花粉症 腎臓病 心臓病 中耳炎
腸重積 その他（ _____ ）

*手術したことはありますか？ いいえ・はい（ _____ ）

*生活環境について教えてください。

ご家族でタバコを吸うかたはいますか？ いいえ・はい（ _____ ）
ご家庭でペットを飼っていますか？ いいえ・はい（ _____ ）

*アレルギーについて教えてください。

薬物アレルギーはありますか？ いいえ・はい（ _____ ）
食物アレルギーはありますか？ いいえ・はい（ _____ ）
その他のアレルギーがあれば教えてください。（ _____ ）

*今かかっている医療機関は？ なし・あり（ _____ ）

*今飲んでいるお薬は？ なし・あり（ _____ ）

*今日はどうされましたか？

体温 _____ °C 体重 _____ kg 身長 _____ cm