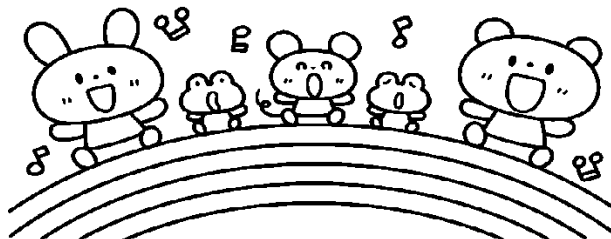


# 初 診 問 診 表

50

記入日 年 月 日

ふりがな 氏 名		男 女	生年月日 H・R 年 月 日
住 所	〒 -	連絡先 自宅： 携帯：	
帰省中の方はその住所		通園・通学先：	
出 産	出産した病院（ ） 妊娠（ ）週 出生時体重（ ）g		
予防接種 <small>（済んだものに○印）</small>	BCG B型肝炎（1回・2回・3回） 4種（1回・2回・3回・追加） ロタ（1回 2回 3回） ヒブ（1回・2回・3回・追加） 肺炎球菌（1回・2回・3回・追加） MR（1期・2期） 水痘（1回・2回） おたふく（1回・2回） 日本脳炎1期（1回・2回・追加）・2期 DT		
今までにかかった病気 <small>（○印）</small>	ひきつけ 突発性発疹 喘息様気管支炎 喘息 アトピー性皮膚炎 鼻炎（花粉症） 蓄膿 中耳炎 水痘 おたふく 入院歴（ ）才のときに（ ）		
現在内服している薬・塗り薬 （ ）	アレルギー あり・なし （ ）		
あればかかりつけ医（ ）			
家族構成 <small>（○印と兄弟は年齢を記入してください）</small>	当院を受診されたことがある兄弟はお名前を記入してください 父・母 兄（ ） 姉（ ） 弟（ ） 妹（ ） その他（ ） （ ）人兄弟でこの子は（ ）番目		
家族の病気 <small>（○印と誰か教えて下さい）</small>	ぜんそく（ ）アトピー性皮膚炎（ ）鼻炎（ ） 花粉症（ ）心臓病（ ）腎臓病（ ） その他（ ）		
差支えなければ、当院を受診されたきっかけを教えてください。 当院のホームページ・当院に家が近い・お友達からの紹介（ ）さん） その他（ ）			



はやかわこどもクリニック