



小児科問診票 1 (○をつけるか,必要事項を記入して下さい)

フリガナ _____
名前: _____

年齢: 才()ヶ月
幼稚園か保育園に通ってみえれば,
その園名: _____

ご住所 〒 _____ - _____

ご連絡先電話番号<<市外 _____>>局 _____ - _____ あるいは携帯電話番号: _____

下の項目の中に,今までにかかった病気,あるいは予防接種を受けたワクチンがあれば,
記入して下さい。(年齢がはっきりしなければ,その項目に○のみ,付けてください)

〈病名・ワクチン名〉	〈かかった年齢〉	〈予防接種 済み,未〉
肺炎球菌ワクチン(乳幼児) _____		(済み,途中,未)
アクトヒブ(ヘモフィルスインフルエンザワクチン) _____		(済み,途中,未)
DTP・DTP+IPV(三種混合 ジフテリア,破傷風百日咳,不活化ポリオ) _____		(済み,途中,未)
DT(二種混合 ジフテリア,破傷風) _____		(済み,未)
百日咳(単独) _____	才()ヶ月 _____	(済み,未)
ポリオ・不活化ポリオ単独ワクチン _____		(済み,途中)
BCG _____		(済み,未)
MR(麻疹・風疹) _____		(済み,途中,未)
麻疹(単独) _____	才()ヶ月 _____	(済み,未)
風疹(単独) _____	才()ヶ月 _____	(済み,未)
水痘(みずぼうそう) _____	才()ヶ月 _____	(済み,未)
おたふくかぜ _____	才()ヶ月 _____	(済み,未)
日本脳炎 _____		(済み,途中,未)
季節型インフルエンザ _____		(毎年,接種したことがない)
突発性発疹症 才()ヶ月 _____	ひきつけ(熱による,熱をともなわない) 才()ヶ月 _____	
喘息・喘息様気管支炎 才()ヶ月 _____	アレルギー疾患(病名: _____)	
その他,今までに病院へ入院して治療を受けたことがありますか(なし,あり(病名: _____))		

今までに薬または食物のアレルギーを指摘されたり,与えてはいけないと言われたことがありますか
あれば記入して下さい(なし,あり: _____)

それ以外に今後の治療にあたって留意しなければいけない事柄・病気があれば(内容: _____)

お子様の発育・発達についてわかる範囲で記入して下さい。

生まれたときの体重は: _____ g	, 乳児期の栄養(母乳,混合,ミルク)
首がすわる ()ヶ月 _____	, 寝返りをする ()ヶ月 _____
おすわりをする ()ヶ月 _____	, ひとり立ちをする()ヶ月 _____
意味のある単語をしゃべる()ヶ月 _____	, 初めて歩く ()ヶ月 _____

お子様のご兄弟(姉妹)は,本人以外に男児()人,女児()人

ご家族の中で,今までに,あるいは現在以下の病気にかかっている方がいますか,
あれば○をつけて下さい。

気管支喘息・アトピー性皮膚炎・蕁麻疹などのアレルギー性の病気
腎臓の病気・心臓の病気・肝臓の病気・高血圧・糖尿病・熱性けいれん