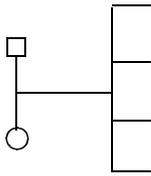


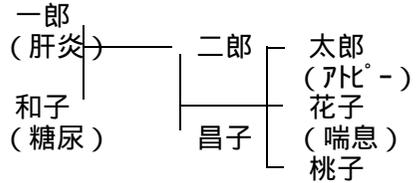
問 診 票

氏名 _____

1. 家族構成を記入して下さい(同居者全員) 男は 女は 本人は中を黒くぬる
 家族の方で次のような病気の方は記入して下さい
 血族結婚・神経系疾患・心疾患・血液疾患・腎疾患・肝疾患・アレルギー・その他



記入例



2. 妊娠中に異常がありましたか
 異常なし 異常あり ひどいつわり・妊娠中毒症・出血・切迫流早産・貧血
 薬物使用・その他 ()

3. 出生時の状況
 出生病院 _____
 在胎週数 _____ 週 ・ 体重 _____ g ・ 身長 _____ cm
 分娩様式 普通分娩・帝王切開・鉗子分娩・吸引分娩・その他 ()
 出生時の赤ちゃん
 異常なし 異常あり チアノーゼ・仮死・呼吸障害・けいれん・黄疸
 その他 ()

4. 0～2歳の方は記入して下さい

発達	首のすわり _____ か月	おすわり _____ か月	はいはい _____ か月
	つかまり立ち _____ か月	ひとり歩き _____ か月	
栄養	母乳 _____ 回/日	ミルク _____ ml x _____ 回/日	混合 離乳食 _____ 回/日

5. 今までにかかった病気と予防接種

	M	R	はしか	風 疹	おたふく	水 痘	突発性発疹
病気にかかる			年 月	年 月	年 月	年 月	年 月
予防接種した	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	
	年 月	年 月	年 月	年 月			

その他の予防接種

BCG	年 月						
ポリオ	1回 年 月	2回 年 月					
三種混合	1回 年 月	2回 年 月	3回 年 月	追加 年 月	2期 年 月	2期 年 月	
日本脳炎	1回 年 月	2回 年 月	追加 年 月	2期 年 月	3期 年 月	3期 年 月	

6. 今までにけいれんをおこしたことがありますか
 ない ある 最後(最近)にけいれんをおこした日 _____ 年 _____ 月

7. 今までに入院したことがありますか
 ない ある 病名() 病院名()

8. アレルギーまたは他に病気はありますか
 ない ある アトピー性皮膚炎・気管支喘息・喘息性気管支炎
 アレルギー性鼻炎・花粉症・その他()

A. 治療していない B. 治療している
 病院名()
 薬()

9. 今までに薬の副作用がでたことがありますか
 ない ある 薬品名() 症状()