

外来初診問診票

フリガナ
 患者氏名 () 男・女 生年月日 (^{西暦})年()月()日
 生まれた時刻 午前・午後 時 分
 年 齢 ()歳 ()ヶ月
 住 所 電 話 () ー

今回受診に至った経過をお書きください。

なお、次のようなことで不安のある方は、ご相談をお受けしますので該当項目に○印をつけてください。
 (発育・栄養・子供との接し方・しつけ・医療費・家族・その他)

患者の妊娠中や出産時に異常がありましたか 1 無 2 有 ()
 仮死 (有・無) 黄疸 (有・無)
 妊娠週数 満 週 出生体重 (g) 出生身長 (cm)
 単胎・多胎の別 1 単胎 2 多胎 (子中第 子)
 乳児期の栄養 (母乳・混合・人工) 離乳開始 (ヶ月)
 乳児期の発達 首がすわる (ヶ月) おすわり (ヶ月) ひとり歩き (ヶ月)

【今まで受けた予防接種】

四種混合 (回済:最終実施日 年 月 日)	三種混合 (回済:最終実施日 年 月 日)
二種混合 (回済:最終実施日 年 月 日)	麻しん・風しん(MR) (回済:最終実施日 年 月 日)
日本脳炎 (回済:最終実施日 年 月 日)	BCG (回済:最終実施日 年 月 日)
不活化ポリオ (回済:最終実施日 年 月 日)	ヒブ (回済:最終実施日 年 月 日)
肺炎球菌 (回済:最終実施日 年 月 日)	おたふく (回済:最終実施日 年 月 日)
水痘 (回済:最終実施日 年 月 日)	B型肝炎 (回済:最終実施日 年 月 日)
その他 (回済:最終実施日 年 月 日)	

既往歴 入院したことがある いいえ はい (病名)
 麻酔・手術をうけたことがある いいえ はい (手術名)
 他にかった病気がある いいえ はい (病名)
 治療中の病気がある いいえ はい (病名)
 下記の病気にかかった いいえ はい
 麻疹(はしか) 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) 水痘(みずぼうそう) 風疹(三日ばしか)
 手足口病 流行性角膜炎(プール熱) 伝染性紅斑(りんご病)

家族 (全員書いてください。同居していない祖父母でも書いてください。)

	両親	兄弟姉妹(本人に○印をつけてください)
祖父	祖父 ()歳 父 ()歳	第1子 男 女 ()歳
父方	祖母 ()歳 母 ()歳	第2子 男 女 ()歳
		第3子 男 女 ()歳
母方	祖父 ()歳 母の生年月日	第4子 男 女 ()歳
	祖母 ()歳 西暦 年 月 日	第5子 男 女 ()歳

血族結婚 (有・無) 流産 (有・無・自然・人工)

家族に次のような病気の方がおりますか。○印をつけてください。

結核・精神病・性病・気管支喘息・湿疹・じんま疹・アレルギー性鼻炎・心臓病・腎臓病
 糖尿病・高血圧・肝臓病・膠原病・血液疾患・悪性腫瘍・先天性奇形・代謝異常

今回までの妊娠の結果 出生児 人
 死産児 胎 (妊娠22週以後に限る)

記入日 年 月 日 記入者 ()