

問診票（初回受診登録用）

年 月 日

お名前： _____ 性別：男・女
ふりがな： _____ 生年月日：令和・平成・昭和（ ）年（ ）月（ ）日
ご住所：郵便番号（ - ）

電話：（ ）（ ）（ ） 携帯電話：（ ）（ ）（ ）

○ 発育について（母子手帳の記録をご参照ください）

- ・お生まれの週数 （ ）週（ ）日
- ・分娩状況 自然分娩 帝王切開 その他（ ）
- ・お生まれの体重 （ ）g
- ・妊娠中、出生時の異常 なし・あり（ ）
- ・健診での異常 なし・あり（ ）

○ ご家族について

- ・ご家族に下記の患者様はいらっしゃいますか。

気管支ぜんそく	なし・あり	アレルギー	なし・あり
けいれん	なし・あり	その他	なし・あり（ ）

○ 今までにかかれた病気について

- ・下記の病気になったことがありますか。

はしか	なし・あり	風疹	なし・あり
みずぼうそう	なし・あり	おたふくかぜ	なし・あり
けいれん	なし・あり（ ）	才 熱性けいれん・熱のないけいれん、	回）
気管支ぜんそく	なし・あり	突発性発疹	なし・あり
その他	（ ）		（ ）

○ アレルギーについて

- ・食べ物のアレルギー なし・あり（食べ物）（ ）
- ・薬のアレルギー なし・あり（薬）（ ）

○ 予防接種について

- ・受けたことのある予防接種を下記にお書きください（母子手帳の記録をご参照ください）。

ヒブ（ ）回、肺炎球菌（ ）回、四種混合（ ）回、二種混合（ ）回、
BCG、B型肝炎（ ）回、ロタウイルス（ロタリックス（ ）回・ロタテック（ ）回）、
はしか・風疹（MR）（ ）回、みずぼうそう（水痘）（ ）回、日本脳炎（ ）回、
おたふく（ ）回、その他（ ）

★ 医療費明細書の発行について

医療費明細書の発行を 希望しない・希望する