

問 診 表

ふりがな

氏名：

記入者：

続柄（ ）

男・女 （出産順位： 人中第 子）

生年月日： 年 月 日

住所：〒

TEL(連絡先)：（ ） - （携帯）

＜どのようなことが心配で来院されましたか？＞
＜又、当クリニックをどこで紹介されましたか？＞

（ ）

＜他の教育機関、保育・療育機関に通われていますか？＞
（例：学校名、保育園、幼稚園、施設）

（ ）

＜お子さんのことで気にかかる行動等がありましたらおしえて下さい。（動きが多い、注意が散漫しがちだ、こだわりがある等）＞

（ ）

＜受診される子どもさんの妊娠中の様子＞

- ・妊娠中の異常：なし・あり（ ）
- ・妊娠中飲んだ薬：なし・あり（種類： ）

＜受診される子どもさんの出産後の様子＞

- ・在胎週数（ ）週 ・出生体重 g
- ・アレルギー性疾患
アトピー性皮膚炎：なし・あり
外用薬： 内用薬：
喘 息：なし・あり
治 療：
食餌アレルギー：なし・あり（ ）
薬剤アレルギー：なし・あり（ ）
- ・けいれん性疾患
熱性けいれん：なし・あり
てん かん：なし・あり
内服薬：
- ・その他の疾患：なし・あり
内服薬：
- ・睡眠について
夜間 時位～ 時位 薬の使用 なし・あり
昼ね 時位～ 時位

＜発達の経過＞

- ・あやすと笑う（ ケ月） ・人 見 知 り（ ケ月）
- ・追 視（ ケ月） ・一 人 歩 き（ ケ月）
- ・定 頸（ ケ月）

＜今までにかかった病気＞

病 名	かかった年令
突 発 性 発 疹 症	
麻疹（は し か）	
風疹（三日ばしか）	
水痘（水ぼうそう）	
流行性耳下腺炎 （おたふくかぜ）	

＜予防接種の記録＞

		受けた年月日
B・C・G		
四種混合	1期1回目	
	1期2回目	
	1期3回目	
	追加	
麻疹風疹混合 ワクチン	1回目	
	2回目	
ヒブ	1回目（ オ カ月）	
	2回目	
	3回目	
	追加	
肺炎球菌	1回目（ オ カ月）	
	2回目	
	3回目	
	追加	
水痘症 （みずぼうそう）	1回目	
	2回目	
おたふくかぜ	1回目	
	2回目	
B型肝炎	1回目	
	2回目	
	3回目	
日本脳炎	1期初回	1回目
		2回目
	1期追加	3回目
	2期	4回目
ロタウイルス	1回目	
	2回目	
	3回目	