

<問診票> <sup>ふりがな</sup>  
名前 \_\_\_\_\_ (男・女)

昭・平 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 (年齢 \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ ヲ月)

電話番号 \_\_\_\_\_ 日中連絡の取れる電話番号 \_\_\_\_\_

◆ 家族歴 第( )子

◆ 生まれてから今までに特別な病気(先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、その他の病気)にかかり医師に診察をうけていますか? ( はい・いいえ )

“はい”の方 (病名 \_\_\_\_\_ )

◆ アレルギーはありますか? ( ある・なし )

“ある”の方 薬剤( \_\_\_\_\_ ) 食物( \_\_\_\_\_ )  
その他( \_\_\_\_\_ )

◆ 喘息はありますか? ( ある・なし )

“ある”の方 ( \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ ヲ月)から

◆ ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか? ( ある・なし )

“ある”の方 ( \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ ヲ月)から

・診断名 【 熱性けいれん ・ てんかん ・ その他( \_\_\_\_\_ )】

・そのときに熱はありましたか? ( はい・いいえ )

◆ 入院 ( ある・なし )

“ある”の方 ( \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ ヲ月)(病名 \_\_\_\_\_ )

◆ 手術 ( ある・なし )

“ある”の方 ( \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ ヲ月)(病名 \_\_\_\_\_ )

◆ 常用薬 ( ある・なし )

“ある”の方 (薬品名 \_\_\_\_\_ ) (塗り薬名 \_\_\_\_\_ )  
(その他 \_\_\_\_\_ )

◆ 集団生活は入っていますか? ( 未・保育園・幼稚園・学校 )

入っている方はいつからですか?

(名称 \_\_\_\_\_ /入園・入学日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月)

◆ 現在、妊娠していますか? ( はい・いいえ ) ※大人(女性)の方のみお答え下さい