

<問診票> ^{ふりがな}名前 _____ (男・女)

昭・平・令 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (年齢 _____ 歳 _____ ヶ月)

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 _____ ヶ月)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 _____ ヶ月)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 _____ ヶ月)(病名 _____)

◆ 手術 (ある・なし)

“ある”の方 (_____ 歳 _____ ヶ月)(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