



# 天本クリニック 初診問診票 (小児科)

記入日 年 月 日

お名前	ふりがな	生年月日
		昭和・平成 年 月 日
連絡先	〒	TEL

以下の項目について、ご記入ください。

■出生時の体重 (妊娠 週 g)

■出生時のことで伝えておきたいこと

■乳児期の栄養法 母乳 ・ 混合 ・ 人工 ・ その他 ( )

■兄弟・姉妹はいらっしゃいますか? いない ・ いる

いる → ( 人兄弟 (姉妹) の 番目)

■今までにかかった病気に○を付けてください。

突発性発疹・はしか・風しん・水ぼうそう・おたふく・百日咳・気管支炎・喘息・肺炎・  
下痢・その他 ( )

ひきつけ → 最終: 年 月 日、計 回

抗けいれん剤の使用: 無 ・ 有 (薬名: )

■予防接種を受けたことがありますか?

いいえ ・ はい (受けたものすべて○を付けてください)

・ BCG ・ ヒブワクチン (1・2・3回・追加) ・ 肺炎球菌 (1・2・3回・追加)

・ ポリオ生ワクチン ( 回) または不活化ポリオワクチン (1・2・3回・追加)

・ 三種混合 DPT (1・2・3回・追加) ・ 麻疹+風疹 MR (1・2回)

・ 二種混合 (ジフテリア+破傷風) ・ 日本脳炎 (I期 1・2回) (追加) (II期)

・ 水ぼうそう ・ B型肝炎 (1回目 ・ 2回目 ・ 3回目)

・ ロタワクチン (1回目 ・ 2回目)

・ その他 ( )