

ご記入いただいたものを、当日お持ち  
いただき、受付におだください。

\* 食物アレルギーで初めて受診される方は  
別紙「食物アレルギー問診票」にもご記入ください。

この用紙は当院「個人情報取り扱い規則」に基づいて処理  
します。別紙内容をご確認の上ご記入ください。

ID \_\_\_\_\_

## 初診問診票 (乳幼児)

ふりがな				両親の氏名	
氏名	男・女			父	
生年月日	平 令 年	月	日 ( )才( )ヶ月		才
住所				母	
電話番号	( ) -	携帯	( ) -		才
マイナンバー保険証による診療情報取得に同意されますか？ (他院の通院歴や処方歴など)					はい いいえ

\* 今日のご相談内容をお書きください

今の熱 ( )℃	体重 ( )kg
----------	----------

--

\* 現在内服や使用している薬があれば お書きください

--

\* 今までに経験した病気や怪我があればお書きください

年 齢	病 名	病院名	○をしてください
			通院・入院
			通院・入院

\* 薬で具合が悪くなった事がありますか？ある方は薬の名前と症状をお書きください

--

\* 今までに受けた予防接種に○をつけてください

ヒブ	初回(1回 2回 3回) 追加	BCG	済み・未
肺炎球菌	初回(1回 2回 3回) 追加	麻疹風疹混合	1期 2期
B型肝炎	1回 2回 3回	水痘	1回 2回
四種混合	初回(1回 2回 3回) 追加	日本脳炎	初回(1回 2回) 追加

\* 出産時の様子を教えてください

生下時体重	g	出産後に異常があった場合は、内容を記入してください
在胎週数	週 日	

\* 裏もごさいます

\* 治療についてのご希望をお聞かせください（各項目を○×で記入してください）

<input type="checkbox"/> 検査を希望	☆その他のご希望があればお書きください
<input type="checkbox"/> ステロイドの塗り薬を使用したくない	
<input type="checkbox"/> 薬で治ればよい	
<input type="checkbox"/> 食事療法について相談したい	

\* ご家族のアレルギーとペットについてお尋ねします（例：喘息 鼻炎 アトピー性皮膚炎 じんま疹 など）

続柄	病名	☆ペットを飼育していますか？
		いない
		している <div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <span style="font-size: 2em; margin-right: 10px;">{</span> <div style="display: flex; gap: 20px;"> <span>室内犬</span> <span>外犬</span> </div> <span style="font-size: 2em; margin-left: 10px;">}</span> </div>
		ネコ
		その他( )

\* 食物アレルギーが心配な方は、記入をお願いします（ ）は該当するものに○をしてください

哺乳	母乳のみ( ) 混合( ) ミルク( )	1回	ml ×	回
離乳食	1回食 ( )	内容		
	2回食 ( )	内容		
	3回食 ( )	内容		
	大人と同じ( )	内容		
除去している食品	本人	母		

\* アレルギーの検査を受けた事がありますか？

<input type="checkbox"/> ない ・ <input type="checkbox"/> ある（血液検査・皮膚プリックテスト）	→ 検査結果をお持ちの方は受付にお出してください
---	--------------------------

\* 他の医療機関にて治療を受けていた方で今回アレルギーの相談をされる方は、かんたんな経過をお書きください。

年齢	大まかな症状 または 病名	病院名	使用していた薬や治療