

㊤ 予診表 (初診の方)

※ お願い：感染症（人にうつる病気）の疑いがある方は、お申し出ください。

□ 診察を受けられる方のお名前： _____

□ 同居のご家族について

父 () 才	兄弟・姉妹
母 () 才	(男・女) () 才
血族婚：(なし・あり)	(男・女) () 才
煙草を吸う人が：(いる・いない)	(男・女) () 才
結核の人が：(いる・いない)	(男・女) () 才
最近感染症（うつる病気）にかかった方がいたら、その病名は ()	

□ 血縁の方に、下記の病気の方があれば○印を記入してください。

喘息 ()、花粉症 ()、アレルギー ()、血液病 ()、
心臓 ()、肝臓 ()、腎臓 ()、遺伝する病気 ()

□ 生育について

出生体重：() g
分娩時や新生児期に異常がありましたか：(なし・あり _____)
乳幼児健診で異常があるといわれたことがありますか：(なし・あり _____)

□ 今までにかかったことのある病気がありますか。

喘息 (才)、アトピー性皮膚炎 (才)、肺炎 (才)、川崎病 (才)、
その他 ()

□ 受けたことのある予防接種を○で囲んでください。

ロタ、ヒブ、肺炎球菌、BCG、四種混合、B型肝炎、ポリオ、三種混合、
麻疹・風疹混合、おたふくかぜ、水痘、インフルエンザ、日本脳炎、
二種混合、子宮頸がん