

****問診票****

お名前 性別 生年月日
() 男・女 ()年()月()日

ご住所 電話番号
() ()

.....

*** 予防接種歴 * (受けた予防接種にチェックしてください)**

B C G
D P T (三種混合) (1回 2回 3回 追加)
ポリオ (1回 2回)
M R ワクチン (麻疹・風疹混合) (期 期)
水痘
おたふくかぜ
日本脳炎 (1回 2回 追加)
ヒブワクチン (1回 2回 3回 4回)

*** 罹患歴 * (かかったことがある病気があれば、チェックしてください)**

突発性発疹症	熱性けいれん
麻疹 (はしか)	てんかん
風疹	川崎病
水痘 (みずぼうそう)	その他 ()
おたふくかぜ	
アレルギー ())
薬物副作用 ())

*** 家族構成 * (さしつかえない範囲でご記入ください)**

名前	年齢	お子様の名前	年齢
父 () (才)	1 ()	男・女 (才)	
母 () (才)	2 ()	男・女 (才)	
	3 ()	男・女 (才)	
	4 ()	男・女 (才)	

ありがとうございました。

上記の情報は当院で定めた利用目的の範囲内で利用させていただきます。