

問診票

ふりがな		記入者	性別	男性・女性	現在の体温
氏名			生年 月日	昭和・平成・令和	℃
				年 月 日 (歳)	
住所	〒 -				体重
					kg
自宅電話	-	-	携帯電話	-	-

- 1 いつ頃からどのような症状がありますか？
下記の該当するものを○で囲んで、() に詳しく記入してください。

発熱 咽頭痛 頭痛 咳 鼻水
下痢 嘔吐 便秘 発疹 その他

()

水分 (とれる・とれない) おしっこ (でる・でない)
食欲 (ある・ない)

- 2 これまでに薬(注射)や食べ物で発疹が出たり、体調が悪くなったことはありますか？

1 いいえ

2 はい →いつ頃? ()
→どのような薬・食べ物で?
()

- 3 現在療養中の病気はありますか？ また、現在飲んでいる薬はありますか？

1 いいえ

2 はい →病名 ()
→お薬 ()

- 4 これまでにかかった病気がありましたら、○で囲んでください。

なし 不明

突発性発疹 熱性けいれん 水ぼうそう おたふくかぜ 麻疹 風疹
喘息 アトピー性皮膚炎 その他 ()

- 5 これまでに受けた予防接種を○で囲んでください。※母子手帳持参の方は記入不要です。

未接種 不明→(次回母子手帳をご持参ください)

ヒブ(初 歳 ヵ月) 1・2・3回目・追加

肺炎球菌(初 歳 ヵ月) 1・2・3回目・追加

4種混合 1・2・3回目

B型肝炎 1・2・3回目

ロタウイルス(ロタリックス・ロタテック)

BCG

DT

MR 1期・2期

水痘 1・2回目

おたふく 1回・2回目

日本脳炎 1期 1・2回目・追加 2期

3種混合 1・2・3回目

生ポリオ 1・2回目

不活化ポリオ 1・2・3回目・追加

子宮頸がん 回

- 6 現在お通いの園、または、学校名のご記入をお願いします。

(幼稚園・保育園) (小・中学校 年生) 通園ナシ

- 7 当クリニックを何で知りましたか？

ホームページ 電柱看板 友人・知人の紹介 家族が通院
医療機関 (その他 ()