

## 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	°C
		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 咳 鼻水 咽頭痛 頭痛  
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、体調が悪くなったりことはありますか？

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 热性けいれん 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)

5種混合 1・2・3回目・追

肺炎球菌(初歳 カ月) 1・2・3回目・追加

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)

4種混合 1・2・3回目・追

ヒブ(初歳 カ月) 1・2・3回目・追加

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 ( )