

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 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)
- 5種混合 1・2・3回目・追加
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・追加
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 ()