令和　　年　　月　　日

問診票

ふりがな		記入者	性別	男・女	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	－　　－　　（父・母）	

1 いつ頃からどのような症状がありますか？

発熱（37.6度以上）→（　月　日　　時）
咳→（　月　日～）　鼻水→（　月　日～）　鼻詰まり→（　月　日～）
咽頭痛→（　月　日～）　頭痛→（　月　日～）
下痢→（　月　日～）　嘔吐→（　月　日～）　腹痛→（　月　日～）
便秘→（　月　日～）発疹→（　月　日～）
その他→（　　）

水分　（とれる・とれない）　食欲　（ある・ない）

2 これまでに薬や注射、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？

いいえ
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？

いいえ
はい →病名（　　）
　　→お薬を現在飲んでいる方はお薬手帳を受付に出してください。

4 これまでの予防接種履歴の確認の為、母子手帳を受付までお出しください。
お持ちでない方は該当するものに☑　またはこれまでに受けた予防接種を○で囲んでください。

□未接種　□不明
□詳細は不明だが年齢相応のものはすべて接種済み

5種混合　1・2・3回目・追加
肺炎球菌　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）　回
BCG
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・2回目・追加　2期
2種混合
4種混合　1・2・3回目・追加
ヒブ　1・2・3回目・追加
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

5 現在お通いの園、または、学校名のご記入をお願いします。

（　　保育園・幼稚園）（　　小・中学校）　インターナショナルスクール
通園なし

6 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（　　）