

【 問診票(初回) 】

フリガナ

お名前(

) 性別 (男 ・ 女)

●生年月日 大正/昭和/平成 年 月 日 () 歳 () カ月

●ご住所 〒 _____

●お電話番号 (自宅) _____

(携帯) _____ (どなたのですか?)

★下記の項目について、○をつけご記入下さい(おわかりになる範囲内で結構です)。

【今までかかったことがある、または治療中の病気】

はしか、風疹、水ぼうそう、おたふくかぜ、突発性発疹、熱性痙攣、インフルエンザ、じんま疹
気管支喘息、アトピー性皮膚炎、アレルギー性鼻炎、アレルギー性結膜炎、食物アレルギー
その他()

【今までに受けた予防接種】

肺炎球菌、ヒブ、ロタウイルス、四種混合、BCG、B型肝炎、麻疹風疹混合、水痘、おたふくかぜ
インフルエンザ、日本脳炎、二種混合(DT)、子宮頸がん、三種混合、ポリオ、麻疹、風疹、
※副反応があった方は、ワクチン名と症状をご記入下さい。

()

【アレルギーと言われたことがありますか?】

(ない ・ ある : 原因)

【これまで薬(注射薬も含む)で具合が悪くなったことがありますか?】

(ない ・ ある: 薬の名前)

【アレルギーの家族歴: ご家族(血縁のある方)で、現在または今までになったことのあるアレルギー疾患についてご記入下さい。★アレルギー性疾患とは、気管支喘息・アトピー性皮膚炎
アレルギー性鼻炎・花粉症・食物アレルギー・じんま疹・その他のアレルギー等】

[→記入例 父・花粉症、母方祖母・気管支喘息]

()

【 ペット 】 (いない / いる:) 【 喫煙者 】 (いない / いる:)

★発疹のある方、水痘・おたふく・インフルエンザ等と思われる方は受付までお知らせ下さい。

【 問診票 】

体温 _____ °C

フリガナ お名前 (_____) 通園・通学先 (_____) 診察券番号 (_____)

●あてはまるところに○をつけ、症状がいつからかをご記入下さい。(→記入例 **発熱** 昨日から)

発熱

痛み (頭痛 のどの痛み その他) _____

咳 (ケンケン ゲシヨゲシヨ) _____

咳の時間帯 (寝入り 夜中 明け方 寝起き 日中) _____

鼻水 (水っぱな ネバネバ どちらも) _____

鼻づまり _____ くしゃみ _____

息の音 (ヒューヒュー苦しい音 ゼロゼロ痰がらみの音) _____

お腹 (吐き気 吐く 下痢 軟便 便秘 腹痛) _____

皮膚 (ブツブツ 赤み カサカサ かゆみ) _____

上記以外 (_____) _____

経過等ご記入下さい

元気 (あり、まあまあ、なし)	使った薬 (なし、あり)
食欲 (あり、少ない、なし)	現在、他の医療機関から処方されている薬 (内服・外用薬等) (なし、あり) ↳ 医療機関名: お薬名:
飲水 (飲める、少ない、飲めない)	
尿 (出る、少ない、出ない)	
睡眠 (眠れる、途中で起きた、眠れない)	

●ご希望・ご相談等ありましたら、ご記入下さい。

●1か月以内に予防接種のご予定はありますか? (ない、ある)

●身近な方の 2週間以内の状況についてご回答下さい。

- ①新型コロナウイルス感染症にかかった方が (いない/いる →どなたが?)
- ②発熱した・または現在発熱している方、その他体調不良の方が (いない/いる →どなたが?)

★発疹のある方、水痘・おたふく・インフルエンザ等と思われる方は受付までお知らせ下さい。