

【 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()

● 症状に○をつけて、いつからかをご記入下さい。

[→記入例 (発熱) 昨日から 痛み(頭痛) 咽頭痛) 昨日から]

発熱

痛み(頭痛 咽頭痛 その他:)

咳の時間帯 (寝入り 夜中 明け方 寝起き 日中)

咳 (ケンケン ゲシヨゲシヨ)

鼻水 (水っぱな ネバネバ どちらも) ・ くしゃみ

鼻づまり

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

●それぞれの項目について○をつけ、ご記入下さい。

| | |
|------------------------|--|
| 元気 (あり、まあまあ、なし) | 使った薬 (なし、あり) 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: |
| 食欲 (あり、少ない、なし) | |
| 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) | |

●1か月以内に予防接種のご予定はありますか? (ない、ある)

●ご希望・ご相談等ありましたら、ご記入下さい。

★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。