

問診票（初診）

日付： 年 月 日

お手数ですが、診察に入る前に以下の項目にお答えいただき、受付にお出してください。

診察がスムーズに進むよう、ご協力をお願いいたします。

ID： (フリガナ：)
 氏名： 性別： 男 女 (才)
 住所： (〒) 電話：
 本日の体温： 体重： Kg

- 本日はどのような症状で来院されましたか。
 発熱 咳 鼻水 下痢 嘔吐 腹痛 頭痛 その他 ()
 ☆ いつから、どんな状態ですか。
 ☆ 今回の症状で、他の病院も受診しましたか？
 はい いいえ 診断名 () 処方薬 ()
- 伝染性疾患を疑う症状はありますか？
 発疹 耳下腺の腫脹 その他 ()
- これまでに病気にかかったことはありますか。
 喘息 アトピー性皮膚炎 痙攣 その他 ()
- お薬や食べ物で、アレルギー反応が出たことはありますか。
 お薬 ()
 食べ物 ()
- ご家族で、今回の症状と同じような症状の方はいますか。
 はい いいえ
- 幼稚園・保育園・学校で流行している病気はありますか。
 通っているところも教えてください。
 はい いいえ
- 出生時の体重と週数を教えてください。
 () 週、 体重 () g
- 予防接種を受けられましたか。または発症しましたか。

BCG	済 未 不明	四種混合	済(1・2・3 追加) 未
ロタ	済 未 不明	ヒブ	済(1・2・3 追加) 未
B型肝炎	済 未 不明	肺炎球菌	済(1・2・3 追加) 未
MR	済(1・2) 発症	日本脳炎	済(1・2・3 追加) 未
おたふく	済 発症 未	水痘	済(1・2) 発症 未