

初めて受診される方への問診票

受診される方のおなまえ： _____ (歳 ヶ月) 男・女

ご住所 (〒 _____)
 _____ 都道府県 _____ 市郡

ご連絡先 (携帯電話)： _____

1. 出生時の状況について

- ① 在胎週数 (週 日)
- ② 出生体重 () g
- ③ 妊娠中、出生時に異常はありましたか
 なし あり ()

2. これまでにアレルギー反応が出たもの (食べ物・ほこり・花粉等) はありますか?

なし あり ()

3. これまでにアレルギー反応の出た薬はありますか?

なし あり ()

4. 現在、他の医療機関で診てもらっている病気はありますか?

なし あり ()

5. 現在、長期間内服中の薬はありますか?

なし あり ()

6. かかったことのある病気にチェックしてください

- 麻しん (はしか) 風しん 水ぼうそう おたふくかぜ アレルギー性鼻炎
- 百日咳 川崎病 喘息 じんましん アトピー性皮膚炎
- 熱性けいれん 無熱性けいれん その他 ()

7. 接種した事のあるすべてのワクチンと接種した回数を○で囲んでください

- ヒブ (1回目・2回目・3回目・追加)
- 肺炎球菌 (1回目・2回目・3回目・追加)
- ロタウイルス (1回目・2回目・3回目)
- B型肝炎 (1回目・2回目・3回目)
- 四種混合 (1回目・2回目・3回目・追加)
- BCG
- MR：麻しん・風しん (1期・2期)
- 水ぼうそう (1回目・2回目)
- おたふく (1回目・2回目)
- 日本脳炎 (1期1回目・1期2回目・1期追加・2期)
- 不活化ポリオ (1回目・2回目・3回目・追加)
- 二種混合
- その他 ()

2枚目に本日の問診記述をお願い致します

問診票

体重 () kg / 体温 ()℃

※ 診察をよりスムーズに行うために、問診内容を詳しくお書きください。

発熱	月 日	午前 午後	時 から	℃
せき			から	から
	多く出る時間帯：朝・日中・寝ている間		はく	回数 回 / 日
	寝ている時：起きる・起きない			最後 時頃
	かわいたせき・たんがからむせき		ゲリ	から
	せきでのおう吐：あり・なし			回数 回 / 日
鼻水			から	どのような便だったか○をつけて下さい 軟便・泥状便・水様便
	色：透明・白・黄色・緑		便秘	から
	鼻詰まり：あり・なし		腹痛	から
のどの痛み			から	発疹 発疹の場所
頭痛			から	
その他 (気になる事など)				

この先予防接種の予約は入っていますか？ はい（予約日： 月 日）・ いいえ

『はい』に○をつけた方のみご記入下さい

予防接種の予約はどちらで取ってありますか 当院 ・ 他院

水分はとれていますか とれている ・ とれていない

おしっこはでていますか できている ・ できていない

他の病院で薬がでていますか できている ・ できていない