

初診患者用問診票

令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

ご面倒ですが、来院前に次の質問にお答えください

ふりがな
お名前 _____ 男・女 生年月日 平成・令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

ご住所 (〒 -) _____

TEL番号 _____ 現在の体温 _____ °C 体重 _____ g・kg

➤ お子さんの今の気になる症状を○で囲んでください

発熱(____ 日から、最高 ____ °C) 咳 鼻水 鼻つまり のどの痛み 下痢
嘔吐 腹痛 発疹(部位: _____) その他(_____)

➤ 今までにかかった病気を○で囲んでください

水ぼうそう おたふく 便秘症 喘息 アレルギー性鼻炎(原因 _____)
アトピー性皮膚炎 痙攣 その他(_____)

➤ 今までに入院したことはありますか？

ない・ある(_____ のため)

➤ 今までに受けた予防接種を○で囲んでください

ロタウィルス ヒブ 肺炎球菌 B型肝炎 4種混合 BCG 麻疹風疹 水痘
日本脳炎 おたふくかぜ 2種混合 子宮頸がん

➤ 食べ物や薬のアレルギーはありますか？

ない・ある(原因 _____)

➤ 希望するお薬はありますか

はい(水薬 粉薬 錠剤) 特にない