

# 問診票

記入年月日: 年 月 日

フリガナ		性別	男 ・ 女	
お名前		生年月日	S・H・R	年 月 日
		身長	cm	体重 kg
住所	〒			
電話	( )	携帯電話		

①今日はどうなさいましたか？

- 熱 ( °C)    鼻水    鼻づまり    のどが痛い    ぐったりしている  
咳(終日・日中・夜)    痰がからむ    ゼーゼーしている  
腹痛    下痢    便秘    頭痛    食欲がない    嘔吐・嘔気  
皮膚の症状(赤み・痒み・湿疹・乾燥・その他) )  
目の症状(目やに・充血・涙目・その他) )

②その症状はいつからですか？ ( )

③まわりに同じような症状の方はいますか？  
 いいえ ・ はい(どなたが? : )

④今までにかかった病気はありますか？

- 突発性発疹    はしか    風疹    水ぼうそう    おたふく風邪    百日咳    クループ  
気管支炎    胃腸炎    肺炎    川崎病    中耳炎    溶連菌    マイコプラズマ肺炎  
熱性けいれん    ひきつけ  
喘息    花粉症    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  
 ご家族の中にアレルギー性疾患をお持ちの場合はご記入ください。

( )

⑤入院されたことはありますか？ はい・いいえ (はいの方は以下ご記入ください)

病名: ( )  いつ: ( 年 月 日から 日間)

⑥食物アレルギーの有無  ない・ある (食品名: )

⑦薬に対するアレルギーの有無  ない・ある (薬名: )

⑧お薬は飲めますか？ はい: (水薬・粉薬・錠剤・カプセル) ・苦手・わからない

⑨受けた予防接種すべてに○をつけてください。

- BCG ・ ヒブ (1・2・3回・追加) ・肺炎球菌 (1・2・3回 追加)  
 B型肝炎 (1・2・3回) ・四種混合 (Ⅰ期: 1・2・3回・追加)  
 水痘 (初回・追加) ・MR (麻疹+風疹) (1・2回)  
 日本脳炎 (Ⅰ期: 1・2回・追加・Ⅱ期)    おたふく風邪 (1・2回)  
 ロタ (ロタリックス: 1・2回・ロタテック: 1・2・3回)  
 二種混合 (ジフテリア+破傷風)