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（　　℃）　□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）