

問診票（はじめて受診される方）

記入日 令和 年 月 日

ふりがな

お名前 _____（男・女）

平成

生年月日 令和 年 月 日（ 歳 ヶ月）

ご住所（〒 - ）

お電話番号 - - 携帯番号（緊急連絡先） - -

体温 _____℃, 体重 _____kg

1. 今日は主にどのような症状（あるいは目的）で来院されましたか

（ _____ ）

2. その症状はいつ頃から始まりましたか

（ _____ ）

3. 家族・園・学校に具合の悪い方はおられますか

（ _____ ）

4. 他に、気になる症状・伝えておきたい事はありますか

（ _____ ）

5. 現在使用している薬はありますか（はい・いいえ）

〔薬名： _____〕

6. 薬や食べ物でアレルギーがありますか（はい・いいえ）

〔薬・食物名： _____〕

7. 今までかかれた病気をご記入ください

入院したことがあれば、病名・入院時年齢（ _____ ）

麻疹・風疹・みずぼうそう・おたふくかぜ・百日咳・突発性発疹症・けいれん・川崎病

アトピー性皮膚炎・気管支喘息・アレルギー性鼻炎・アレルギー性結膜炎

その他（ _____ ）

8. 予防接種歴

B型肝炎（ _____ 回）、ロタ（ _____ 回）、肺炎球菌（ _____ 回）、ヒブ（ _____ 回）、四種混合（ _____ 回）

BCG（済・未）、麻疹・風疹（ _____ 回）、みずぼうそう（ _____ 回）、おたふくかぜ（ _____ 回）

日本脳炎（ _____ 回）

9. 当院をどこで知りましたか

チラシ , インターネット , 知り合いから聞いた , 近所 , 医療機関からの紹介

その他（ _____ ）