

初めて受診される方 問診票

記入日 R 年 月 日

ふりがな

名前： (男・女) 生年月日：H・R 年 月 日

住所：〒

電話番号： 体重： Kg

☆今日はどうされましたか？

発熱(月 日～)

せき(月 日～)

鼻水(月 日～)

咽頭痛(月 日～)

下痢(月 日～ 回/日)

嘔吐(月 日～ 回/日)

発疹(月 日～ 出ている場所)

その他()

☆出生時体重 g 在胎週数 週

出生時に何か問題がありましたか(ない、ある：)

☆今までに受けた予防接種はありますか？

BCG 四種混合(1回目/2回目/3回目/1期追加/2期DT) 麻疹・風疹(1回目/2回目) 日本脳炎(1回目/2回目/1期追加/2期) おたふく 水痘 Hib(1回目/2回目/3回目/1期追加) 肺炎球菌(1回目/2回目/3回目/1期追加) B型肝炎(1回目/2回目/3回目)

その他()

☆喘息、アトピー、心疾患、内分泌疾患などの既往や、その他の病気でも入院された事などはありますか？(ない、ある；時期と病名)

☆食べ物、薬、花粉などのアレルギーはありますか？

(ない、ある；)

☆痙攣(けいれん)をおこしたことはありますか？

(ない、ある；熱性・無熱性 才頃)

☆ご家族の方で大きな病気で治療中、もしくは治療した方はいますか？

兄弟・姉妹についても、年齢・疾患の有無について教えてください。