

問診票（初診）

日付： 年 月 日

お手数ですが、診察に入る前に以下の項目にお答えいただき、受付にお出してください。

診察がスムーズに進むよう、ご協力をお願いいたします。

ID： (フリガナ：) 氏名： 性別： 男 女 (才)

住所： (〒) 電話：

本日の体温： 体重： Kg

1. 本日はどのような症状で来院されましたか。

発熱 咳 鼻水 下痢 嘔吐 腹痛 頭痛 その他 ()

☆ いつから、どんな状態ですか。

☆ 今回の症状で、他の病院も受診しましたか？

はい いいえ 診断名 () 処方薬 ()

2. 伝染性疾患を疑う症状はありますか？

発疹 耳下腺の腫脹 その他 ()

3. これまでに病気にかかったことはありますか。

喘息 アトピー性皮膚炎 痙攣 その他 ()

4. お薬や食べ物で、アレルギー反応が出たことはありますか。

お薬 ()

食べ物 ()

5. ご家族で、今回の症状と同じような症状の方はいますか。

はい いいえ

6. 幼稚園・保育園・学校で流行している病気はありますか。

通っているところも教えてください。

はい いいえ

7. 出生時の体重と週数を教えてください。

() 週、 体重 () g

8. 予防接種を受けられましたか。または発症しましたか。

BCG	済 未 不明	四種混合	済(1・2・3 追加) 未
ロタ	済 未 不明	ヒブ	済(1・2・3 追加) 未
B型肝炎	済 未 不明	肺炎球菌	済(1・2・3 追加) 未
MR	済(1・2) 発症	日本脳炎	済(1・2・3 追加) 未
おたふく	済 発症 未	水痘	済(1・2) 発症 未