初診時問診票

フリガナ：

名　前：　　さん　（男・女）　　人兄弟　　番目

体　重：　　kg　出生時体重　　g（　　週　　日）

生年月日：S ，H　　年　　月　　日（　　才　　ヶ月）

住　所：（〒　　）

電話番号：　　その他連絡先：

●今日はどうしましたか。　●今の体温　　℃

（ ）発熱　（いつから　　）
（ ）ひきつけ　（ ）頭痛　（ ）耳痛
（ ）せき　（ ）喘鳴〔ゼイゼイ〕　（ ）たん　（ ）鼻水　（ ）のどの痛み
（ ）腹痛　（ ）吐き気　（ ）嘔吐　（ ）下痢　（ ）便秘
（ ）発疹・皮膚炎　（ ）ミルクを飲まない、ご飯を食べない　（ ）不機嫌
（ ）健康診断　（ ）育児相談　（ ）ワクチン［予防接種］　（ ）ケガ
（ ）その他：

●今まで大きな病気をしたことがありますか。

（ ）いいえ　（ ）はい：具体的に

●薬や予防接種で具合が悪くなったことがありますか。

（ ）いいえ　（ ）はい：具体的に

●アレルギー体質といわれたことがありますか。

（ ）いいえ　（ ）はい：具体的に

●今までに下記の病気になったことがありますか。

（ ）麻疹　（ ）風疹　（ ）水痘　（ ）ムンプス［おたふくかぜ］
（ ）百日咳（ ）溶連菌感染症　（ ）喘息　（ ）けいれん
（ ）アトピー性皮膚炎　（ ）アレルギー性鼻炎　（ ）川崎病
（ ）その他：

●定期的に通院、治療している病気がありますか。

（ ）いいえ　（ ）はい：病名〔　　〕

●現在服用中のお薬はありますか。

（ ）いいえ　（ ）はい
内容（かぜ薬、胃薬、ぬり薬、はり薬、その他）

●今日のお薬の希望（粉・シロップ・錠剤・ぬり薬・その他）（○をつけて下さい）

●この予防接種は、済んでいますか。

（ ）ヒブ　回（ ）小児肺炎球菌　回（ ）四種混合　回（ ）三種混合　回
（ ）不活化ポリオ　回（ ）生ポリオ　回（ ）BCG　（ ）MR［麻疹･風疹］　回
（ ）麻疹　（ ）風疹　（ ）おたふくかぜ　回（ ）水痘　回（ ）二種混合
（ ）ロタ　回（ ）B型肝炎　回（ ）日本脳炎　回（ ）子宮頸がん　回
その他：

◎紹介者（差し支えなければ）：