



初診 問診票

初めての方は、以下の項目についてお分かりになる範囲でご記入あるいは ✓ をつけてください

【ふりがな】	【生年月日】
【氏 名】	(男 ・ 女) 昭和 ・ 平成 年 月 日
【住 所】 〒 -	
【連絡先ご自宅】	【携帯電話】

【身長】	cm	【体重】	kg	【診察前の体温】	度 分
------	----	------	----	----------	-----

① 本日は、どのような内容で来院されましたか？

- 発熱 咳 (乾いた咳、 しめった咳、 ケンケンした咳) ぜーぜーする のどの痛み
 鼻水 鼻吸引 嘔吐 下痢 発疹 アレルギー相談 その他 ()
いつからですか？ ()

② 薬や食品で調子が悪くなったことはありますか？

- なし あり ()

③ 現在、内服している薬はありますか？

- なし あり ()

④ 今回、処方する薬の希望剤型があれば ✓ をつけてください。

- シロップ 粉 錠剤 坐薬

⑤ 今までにかかった病気はありますか？

- はしか・麻疹 風しん 水ぼうそう おたふくかぜ けいれん 心臓病
 突発性発疹 喘息 食物アレルギー その他 ()

⑥ 今までに接種した予防接種に ✓ をつけてください。

- B型肝炎 ロタ ヒブ 肺炎球菌 四種混合 BCG MR (麻疹風しん混合)
 おたふく 水痘 日本脳炎 インフルエンザ その他 ()

⑦ ご家族やまわり、保育園や学校などで流行している病気はありますか？

- 集団生活 なし 保育園に通園中 幼稚園に通園中 小学校に通学中
流行病気 なし あり ()

⑧ その他、ご質問やご希望がありましたらご記入ください。

- なし あり ()