

【 問診票(初回) 】

フリガナ

お名前() 性別 (男 ・ 女)

●生年月日 昭和/平成/令和 年 月 日 ()歳()カ月

●ご住所 〒 _____

●お電話番号 (自宅) _____

(携帯) _____ (どなたのですか? : _____)

★下記の項目について、○をつけご記入下さい(おわかりになる範囲内で結構です)。

【今までかかったことがある、または治療中の病気】

はしか、風疹、水ぼうそう、おたふくかぜ、突発性発疹、熱性痙攣、インフルエンザ、じんま疹

気管支喘息、アトピー性皮膚炎、アレルギー性鼻炎、アレルギー性結膜炎、食物アレルギー

新型コロナウイルス感染症、その他()

【今までに受けた予防接種】

肺炎球菌、ヒブ、ロタウイルス、三種混合、四種混合、五種混合、BCG、B型肝炎、麻疹風疹混合、

水痘、日本脳炎、二種混合、子宮頸がん、おたふくかぜ、インフルエンザ、ポリオ(生・不活化)

麻疹、風疹、新型コロナ、その他()

※副反応があった方は、ワクチン名と症状をご記入下さい。

()

【アレルギーと言われたことがありますか？】

(ない ・ ある : 原因)

【これまで薬(注射薬も含む)で具合が悪くなったことがありますか？】

(ない ・ ある: 薬の名前)

【アレルギーの家族歴: ご家族(血縁のある方)で、現在または今までになったことのあるアレルギー疾患についてご記入下さい。★アレルギー性疾患とは、気管支喘息・アトピー性皮膚炎
アレルギー性鼻炎・花粉症・食物アレルギー・じんま疹・その他のアレルギー等】

[→記入例 父・花粉症、母方祖母・気管支喘息]

()

【 ペット 】 (いない/いる:) 【 喫煙者 】 (いない/いる:)

★発疹のある方、水痘・おたふく・インフルエンザ等と思われる方は受付までお知らせ下さい。

【 問診票 】 体温 _____ °C

フリガナ
お名前() 通園・通学先() 診察券番号()

●あてはまるところに○をつけ、症状がいつからかをご記入下さい。(→記入例 (発熱) 昨日から)

発熱

痛み(頭痛 のどの痛み その他:)

咳(ケンケン ゲシヨゲシヨ)

咳の時間帯(寝入り 夜中 明け方 寝起き 日中)

鼻水(水っぱな ネバネバ どちらも)

鼻づまり くしゃみ

息の音(ヒューヒュー苦しい音 ゼロゼロ痰がらみの音)

お腹(吐き気 吐く 下痢 軟便 便秘 腹痛)

皮膚(ブツブツ 赤み カサカサ かゆみ)

上記以外()

経過等ご記入下さい

元気(あり、まあまあ、なし)	使った薬(なし、あり)
食欲(あり、少ない、なし)	
飲水(飲める、少ない、飲めない)	
尿(出る、少ない、出ない)	
睡眠(眠れる、途中で起きた、眠れない)	
	現在、他の医療機関から処方されている薬(内服・外用薬等) (なし、あり)
	↳ 医療機関名:
	お薬名:

●ご希望・ご相談等ありましたら、ご記入下さい。

[]

●1か月以内に予防接種のご予定はありますか? (ない、ある)

●身近な方の 2 週間以内の状況についてご回答下さい。

①新型コロナウイルス感染症にかかった方が (いない/いる →どなたが?)

②発熱した・または現在発熱している方、その他体調不良の方が(いない/いる→どなたが?)

★発疹のある方、水痘・おたふく・インフルエンザ等と思われる方は受付までお知らせ下さい。