



初診 問診票

ふりがな

お名前 _____ 男・女 生年月日 平成・令和 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 _____ °C

集団生活 なし・ あり (_____) 保育園・幼稚園・小学校・中学校

現在飲んでいる薬はありますか? なし・ あり (_____)

薬や食べもので体調が悪くなったことはありますか? なし・ あり (_____)

ご希望される薬の剤型があればをつけてください シロップ 粉 錠剤 座薬

気になる症状にをつけて、いつから症状があるかご記入ください

- 発熱 (_____)から 咳 (_____)から ゼーゼーする (_____)から
 鼻水がたれる (_____)から 鼻がつまる (_____)から
 嘔吐 (_____)から 下痢 (_____)から 腹痛 (_____)から
 のどが痛い (_____)から 発疹 (_____)から その他 (_____)

これまでににかかったことがある病気にをつけてください

- 突発性発疹 水ぼうそう おたふく けいれん 心臓病 ぜんそく
 食物アレルギー その他 (_____)

今までに接種が済んでいる予防接種にをつけてください

- ロタ 肺炎球菌 ヒブ 四種混合 五種混合 B型肝炎 BCG
 MR(麻疹・風疹) 水痘 日本脳炎 二種混合 おたふく