

《 問 診 票 》

記入日 年 月 日

フリガナ

お名前 (男・女) 生年月日 年 月 日(歳)

住所 (-)

連絡先 — — (保育園・幼稚園・小学校・中学校) 年生

来院時の	体温	℃
	体重	kg

① 本日はどうされましたか？当てはまるものに○をつけてください。

いつから (月 日から)

発熱 ・ 鼻水 ・ 咳 ・ ゼーゼー ・ 嘔吐 ・ 下痢 ・ 腹痛 ・ 頭痛 ・ のどの痛み ・
発疹 ・ その他()

② 出生歴を教えてください。

()週()g ()病院にて出生。

分娩方法(自然・帝王切開・吸引) 胎児仮死(あり・なし)

③ 健診時に異常を指摘されたことはありますか？ (あり・なし)

④ 予防接種について教えてください。(受けたものに○をつけてください)

ヒブ(1・2・3・追加) 肺炎球菌(1・2・3・追加) B 肝(1・2・3) ロタ(1・2・3)

四種混合(1・2・3・追加) 麻疹・風疹(I 期 ・ II 期)

おたふく(1・2) BCG 水痘(1・2) 日本脳炎(1・2・追加・二期)

二種混合 インフルエンザ(年 月)

⑤ 今までに薬や食べ物、予防接種などでアレルギーを起こしたことはありますか？

(あり・なし)⇒()

⑥ 現在治療中の病気や内服しているお薬はありますか？

(あり・なし)⇒()

⑥ かかったことのある病気や現在治療中の病気がありましたら○をつけてください。

はしか 風疹 水ぼうそう おたふくかぜ 中耳炎 喘息 アレルギー性鼻炎 アトピー性皮膚炎 熱性
けいれん てんかん 川崎病 心臓病 腎臓病 その他()

⑧ 最後に当院をどこでお知りになりましたか教えてください。

当院看板・電柱看板・車内アナウンス・車外広告・知人の紹介・ホームページ・ロコミサイト・その他()

※初診の方は、母子手帳をお出してください。他院で処方されているお薬がある場合は、お薬手帳をお出してください

たかやなぎこども医院