

# 《 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

希望するお薬 ⇒ (粉・シロップ・錠剤・漢方)  
解熱剤の希望あり ⇒ (粉・座薬)

\*身近に、新型コロナウイルス感染症患者さんがいますか? (いる・いない)

① 本日はどうされましたか?当てはまるものに○を付けてください。

いつから ( 月 日) から

- ・発熱 ・ 鼻水 ・ 咳 (乾性 湿性) ・ ゼーゼー ・ 嘔吐 ・ 下痢 ・ 腹痛
- ・頭痛 ・ のどの痛み ・ 発疹 ( )
- ・味覚 嗅覚異常 ・ 倦怠感 (だるさ)

その他 ( )

② 出生歴を教えてください。

( ) 週 ( ) g ( ) 病院 ( 自然・帝王切開・吸引 ) 分娩  
胎児仮死 ( あり ・ なし ) 健診時の異常指摘 ( あり ・ なし )

③ 予防接種について教えてください。

ヒブ (1・2・3・追加) 肺炎球菌 (1・2・3・追加) B型肝炎 (1・2・3) BCG  
四種混合 (1・2・3・追加) 麻疹・風疹 (I期・II期) おたふく (1・2)  
水痘 (1・2) 日本脳炎 (1・2・追加・II期) 二種混合 □タ (1・2・3)

④ 今までに薬や食べ物、予防接種などでアレルギーをおこしたことはありますか?

( あり ・ なし ) ⇒ ( )

⑤ 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 ご家族や周りで流行している病気がありましたら教えてください。( )

⑦ かかったことのある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  
熱性けいれん・てんかん・川崎病・心臓病・腎臓病・その他 ( )

⑧ よろしければ、当院をどこでおしりになりましたか教えてください。

看板 (当院・電柱・ヤマザワ)・バス車体広告・知人の紹介・ホームページ・その他 ( )

※初診の方は母子手帳をお出しください。内服中のお薬がある場合はお薬手帳もおだしくください。