

--	--	--	--	--	--

問 診 票

KT :	℃
KL :	cm
KG :	kg

(フリガナ)		男	生年	昭和	年	月	日 () 才
お子さんのお名前		女	月日	平成			
住 所	〒 ー	連 絡 先	固定電話 (自宅 / (父母)勤務先・実家)				
			ー				
			携帯電話 (父・母・)				
			ー ー				

I 今日はどうなさいましたか？

(1) いつから？ ()

(2) 症状は？ 発熱・頭痛・咳・鼻汁・腹痛・下痢・嘔吐・吐き気・不機嫌
その他 ()

II これまでに薬・食物などでじんましん等がありましたか？

なし／あり：薬品・食物名 ()

III 今までにかかった病気を○で囲み、年令も記入してください。

はしか () 才 水ぼうそう () 才 おたふくかぜ () 才

風 疹 () 才 ひきつけ () 才……(熱があった・熱がなかった)

その他 () 才……(わかれば病名)

入院歴 あり／なし…(わかれば病名 / いつ?)

IV 出生時の状況

(1) () 週 出生時体重 () g

(2) お子さんの新生児期に問題がありませんでしたか？

特になし／あり ()

V 次の予防接種を受けましたか？ 済んだものに○印をつけてください。

	1回	2回	3回	追加
ヒ ブ				
	1回	2回	3回	追加
肺炎球菌				
	1回	2回	3回	追加
(三種)混合 (四種)				
	1回	2回	3回	追加
ポ リ オ				

	1期	2期	
麻しん・ 風しん			
	1回	2回	追加
日本脳炎			
B C G			

	1回	2回	
水 痘			
	1回		
おたふく			
	1回	2回	3回
B型肝炎			
	1回	2回	3回
ロ タ			

ご協力ありがとうございました。受付へお出してください。