

KT:	℃
KL:	cm
KG:	kg

問 診 票

(フリガナ)		男	生年	昭和	和	年	月	日()才
お子さんのお名前		女	月日	平	成			
住 所	〒			連絡先	固定電話	(自宅/(父母)勤務先・実家)		
					携帯電話	(父・母・)		

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	
B型肝炎				
	1回	2回	3回	
ロ タ				

	1回	2回	3回	追加
(三種)混合 (四種)				
B C G				
	1期	2期		
麻しん・ 風しん				
	1回	2回		
水 痘				

	1回	2回	追加
日本脳炎			
	1回	2回	
おたふく			
	1回	2回	3回
子宮頸がん			

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。



医療法人

はしもと小児科