

初めて受診される方の問診票

フリガナ
 受診される方の 氏名 性別 男 ・ 女
 生年月日 年 月 日 年齢 才 ヶ月
 郵便番号 〒 -
 住所
 電話番号 - () -

診察を受けるお子様についてお答え下さい。

本日の体温 ℃ 体重 kg
 本日来院されたのは？
 1, 予防接種 ()
 2, 健診 (ヶ月)
 3, 体調不良
 現在の症状 熱 咳 鼻水 鼻づまり 下痢 嘔吐 皮疹 喘鳴
 その他 ()
 いつごろから ()
 元気さ ある おとなしい ぐったり
 食欲 ある 少しは食べる 全く食べない
 水分 飲めている 少しずつ飲めている 全く飲めていない
 排尿 ある 少なめ 半日以上なし
 *本日、解熱剤の処方を希望されますか？ (どちらかに○をつけてください)
 希望します 希望しません

生まれた時 異常なし 異常あり ()
 これまでに受けた予防接種
 (~1才) BCG 3種混合 (1 2 3 追) ポリオ (1 2)
 (1才~) 麻しん 風しん MRワクチン おたふく 水痘
 日本脳炎 インフルエンザ

いままでにかかった病気
 百日咳 はしか みずぼうそう 風疹 おたふくかぜ
 けいれん発作 (気管支) 喘息 その他 ()
 アレルギー (食べ物や薬など)

その他気になること