

フリガナ

【問診票】 記入日 令和 年 月 日
お名前 () 平成・令和 年 月 日生。() 歳 () カ月。(男・女)
ご住所 () 電話番号 ()

● 本日はどのような症状でご来院されましたか？ 現在の体重 () kg

熱 (度) せき 鼻みず 鼻づまり ぜーぜーする

腹痛 下痢 嘔吐 便秘 発疹・湿疹

その他、具体的に ()

● その症状はいつごろからありますか？

今日から 昨日から 2-3日前くらいから 1週間くらい前から

その他 ()

● 処方がある場合、ご希望のお薬の形状はございますか？

シロップ 粉薬 錠剤・カプセル

● これまでの成育歴についてお聞きます。

◇ 出生体重 () g. 在胎週数 () 週.

◇ 出生前後に異常などを指摘されましたか？

ない ある (具体的に:)

◇ これまでの乳幼児健診で指摘されたことなどがありますか？

ない ある (具体的に:)

◇ 現在、登園・登校はされていますか？ () 幼稚園／保育園／小・中学校

● これまでに大きな病気をされたことはありますか？

ない ある (具体的に:)

● おくすりや食べ物、その他のアレルギーはありますか？

ない ある くすり ()

食べ物 ()

その他 ()

● 同居されているご家族の構成をお願いします。

父 母 兄弟 (歳、 歳) 姉妹 (歳、 歳) 祖父 祖母

● ご家族で同じような症状の方はいらっしゃいますか？

いない いる ()

● これまでに済んでいる予防接種について ○をお付けください。

B型肝炎 (123) ロタウイルス (123) ヒブ (123 追加) 肺炎球菌 (123 追加)

四種混合 (123 追加) 三種混合 (123 追加) ポリオ (生12/不活化123 追加)

麻疹風疹混合 (MR) (12) 水痘 (12) おたふく (12) 日本脳炎 (12 追加) 子宮頸がん (123)

インフルエンザ (本シーズンについて) (12) /未

● これまでに罹患した下の感染症がありましたら ○をお付けください。

麻疹 風疹 水痘 (水ぼうそう) おたふくかぜ RS ウイルス感染症

その他 ()

ご記入ありがとうございます。