



問 診 票

初めての方は、以下の項目についてお分かりになる範囲でご記入あるいは○印をつけてください。
診察券をお持ちの方は、変更のあった項目のみご記入ください。

【ふりがな】

【生年月日】

【氏 名】

(男 ・ 女) 昭 和 ・ 平 成 年 月 日

【住 所】 〒 -

【連絡先ご自宅】

【携帯電話】

【身長】

cm

【体重】

kg

【診察前の体温】

度 分

① 本日は、どのような内容で来院されましたか？

発熱 いつから () 内容 ()

咳 いつから () たんが絡む 呼吸音ヒューという 咳き込んでもどす 咳で眠れない

鼻水 いつから () 内容 ()

嘔吐 いつから () 内容 ()

下痢 いつから () 内容 ()

発疹 いつから () 内容 ()

その他 ()

② 薬や食品で調子が悪くなったことはありますか？

ない ・ ある ()

③ 今までにかかった病気はありますか？

ない ・ ある ()

④ 今までに接種した予防接種を○で囲んでください。

B型肝炎 ロタウイルス ヒブ 小児用肺炎球菌 四種混合 (DPT-IPV) BCG

MR (麻しん風しん混合) おたふく 水痘 日本脳炎 インフルエンザ その他 ()

⑤ ご家族やまわり、保育園や学校などで流行している病気はありますか？

ない ・ ある ()

⑥ その他、ご質問やご希望がありましたらご記入ください。

ない ・ ある ()

