



# 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】	昭和 平成 令和 (男・女) S・H・R 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 ( )