

初診問診票

令和 年 月 日

フリガナ		男	昭・平・令	年	月	日生
お名前		・	年齢	歳	体重	Kg
ご住所	〒		TEL		

1. 本日は、どのようなことでおいでになりましたか？

発熱（無し・有り 度） お咳（痰からむ・乾いた咳・ケンケン）
 喘鳴 鼻（鼻汁・鼻づまり）
 咽頭痛 嘔吐 下痢 腹痛 頭痛 発疹 けが
 その他：

2. これらの症状は、いつごろからでしょうか？

処方がある場合のお薬のご希望
 （ シロップ ・ 粉 ）

3. 現在、なにかお薬を飲まれていますか？

① ない ②ある（薬品名： ）

4. 今まで喘息やアレルギー性皮膚炎と診断されたり、花粉症状、お薬や食べ物で発疹や息苦しくなったことはありますか？

① ない ②ある（喘息・アレルギー：いつくらいから⇒ 、花粉症
 薬品名： 食べ物： ）

5. 出生時について

在胎 週 日 出生体重： g 身長： cm
 分娩様式： 経膣 ・ 帝王切開 ・ 吸引 ・ 鉗子

6. 今までに受けられた予防接種はどれでしょうか？

四種混合（1期1回目・2回目・3回目・追加） 三種混合 BCG ポリオ 二種混合
 MR（麻疹風疹混合） 1期・2期 ヒブ 肺炎球菌 B型肝炎 ロタ
 水ぼうそう おたふくかぜ 日本脳炎 子宮頸癌 麻疹 風疹

7. 今までに次の病気にかかれてことはありますか？

突発性発疹 麻疹 風疹 おたふくかぜ 水ぼうそう インフルエンザ
 熱性痙攣（いつ： 何回： ）

8. ご家族構成を教えてください。

9. （大人女性でご受診の方） 現在妊娠されていますか？

① はい（現在 ヶ月） ②いいえ