

問診票

受診日 平成 年 月 日

☆発疹（ぶつぶつ）などがあり、感染の可能性が疑われる場合は、先に受付へお申し出ください。

ふりがな 生年月日 昭和・平成 年 月 日生

お名前 男 ・ 女 (歳 ヶ月)

住所 〒 -

電話番号 携帯電話

身長 : . cm 体重 : . Kg 体温 : . °C

・診療の参考にしますので、出来るだけ詳しくご記入ください。

1、いつからどのようなことでお困りですか？

・いつ頃からですか？ ()

・お困りの症状は？

2、水分は飲めていますか？

よく飲んでいる まあまあ ほとんど、とれていない

3、今までに薬や食べ物でアレルギー症状を起こしたことはありますか？

4、現在、飲まれているお薬はありますか？

5、今までに大きな病気にかかったことや入院や手術などはありますか？

6、これまで済ませた予防接種をお答えください。 母子手帳をご確認ください。

BCG ・ ロタ (回) ・ B型肝炎 (回) ・ 4種混合 (DPT-IPV) (回) ・ ヒブ (回)
肺炎球菌 (回) ・ MR (麻疹風疹) (回) ・ 水痘 (水ぼうそう) (回) ・ 日本脳炎 (回)
ムンプス (おたふくかぜ) (回) ・ 2種混合 (DT) ・ 3種混合 (DPT) (回) ・ ポリオ (回)
その他 ()

当院では個人情報保護法に基づき患者さまの個人情報を厳正に管理し、プライバシーを尊重・保護するように努めております。

ご協力ありがとうございました。

にのみやこどもクリニック