

問 診 表

cm	kg
----	----

(年 月 日)

初診 ・ 再診

診察前にご面倒ですが、次のご質問にお答えください。

ふりがな ()

お名前 _____ 男 ・ 女 生年月日 S・H・R 年 月 日 (オ ャ月)

〒 _____ 電話1 _____

ご住所 _____ 電話2 _____

最近の身長 _____ cm 最近の体重 _____ kg 現在の体温 _____ °C

1、 どうされましたか (○をつけて下さい)

- | | |
|-----------------------------------|-------------------|
| 1 発熱 (なし ・ あり) _____ 日前 () °C位 | 9 機嫌 (よい ・ わるい) |
| 2 咳 (なし ・ あり) _____ 日前 | 10 食欲 (なし ・ あり) |
| 3 鼻水 (なし ・ あり) _____ 日前 | 11 頭痛 (なし ・ あり) |
| 4 せいせい (なし ・ あり) _____ 日前 | 12 腹痛 (なし ・ あり) |
| 5 痰 (なし ・ あり) _____ 日前 | 13 発疹 (なし ・ あり) |
| 6 下痢 (なし ・ あり) _____ 日前 | _____ 日前 どうな? |
| 7 嘔吐 (なし ・ あり) _____ 日前 | 14 その他 (_____) |
| 8 喉の痛み (なし ・ あり) _____ 日前 | |

予防接種 : 今日、身体に具合の悪いところがありますか

いいえ ・ はい ()

接種予定のワクチン ()

2、 生まれたときの体重 _____ g

生まれたときの異常 なし ・ あり ()

栄養法 母乳 混合 人工

3、 今までかかった病気 (○をつけてください)

はしか	風疹	おたふくかぜ	水ぼうそう	百日咳
けいれん (熱性 ・ てんかん)		突発性発疹	喘息	
風邪をひきやすい	その他 ()			

入院したことがありますか なし ・ あり (病気は)

4、 受けた予防接種 (済んだものに○をつけてください)

BCG	四種混合 (回)	三種混合 (回)	ポリオ (回)	MR (回)
ヒブ (回)	肺炎球菌 (回)	日本脳炎 (回)	おたふく (回)	水痘 (回)
B型肝炎 (回)				

5、 薬物に対するアレルギーはありますか ない ある ()

6、 食物に対するアレルギーはありますか ない ある ()

7、 そのほか特に心配なことはありますか