

患者番号： _____

初診問診票

記載日： 年 月 日

フリガナ	生年月日
お名前 (男・女)	平成・令和 年 月 日 (歳)

♪今までにかった病気を○で囲んでください

突発性発疹 ・ RSウイルス感染症 ・ 中耳炎 ・ 水ぼうそう ・ おたふく ・ 風疹
百日咳 ・ ひきつけ (歳 回) ・ 気管支炎 ・ 肺炎 ・ 喘息 ・ 風邪をひきやすい

♪定期的に受診している病気はありますか？

なし	あり	病名：
		病院名：

♪入院したことはありますか？

なし	あり	病名：
		病院名：

♪薬物アレルギーはありますか？

なし	あり	薬物名：
----	----	------

♪今までに受けた予防接種を○で囲んでください

BCG	済 ・ 未	三種混合	1回 2回 3回 追加
B型肝炎	1回 2回 3回	ポリオ	1回 2回
ヒブ	1回 2回 3回 追加	不活化ポリオ	1回 2回 3回 4回
肺炎球菌	1回 2回 3回 追加		
四種混合	1回 2回 3回 追加	二種混合	済 ・ 未
MR (麻疹風疹混合)	第1期 第2期	水痘	1回 2回
日本脳炎	1回 2回 追加 II期	おたふくかぜ	1回 2回
ロタウイルス	1回 2回 3回	子宮頸がん	1回 2回 3回

*喘息などのアレルギーのある方は裏面もご記入ください

小学生未満のお子さんは以下もご記入ください。

♪ 妊娠中または出産時に心配なことはありましたか？

なし	あり	妊娠高血圧症 ・ 切迫早産 ・ 帝王切開 ・ 仮死 その他 ()
----	----	--------------------------------------

♪ 妊娠週数を教えてください (週 日)

♪ 出生時の体重を教えてください (g)

♪ 生まれた病院を教えてください ()

♪ 乳児期の栄養方法を教えてください (母乳 ・ 混合 ・ 人工)

♪ 乳児期の発育について教えてください

① 首のすわり (カ月) ②おすわり (カ月) ③歩き始め (カ月)

:

患者番号：

脈拍	血圧	呼吸回数	SpO ₂

※医療機関記入欄

発疹のあるお子さんはお申し出ください

問 診 票

記載日： 年 月 日

フリガナ		生年月日	
お名前 (男・女)		平成・令和	年 月 日
		(歳 カ月)	
体重	kg	() 保育園・幼稚園・小学校・中学校	
体温	℃	♪周りで流行している病気はありますか？ アデノ・RS・溶連菌・胃腸炎・水痘・おたふくかぜ・インフルエンザ その他 ()	

♪今日の来院について、あてはまる症状を○で囲んでください

発熱	月 日 時頃～
ぜいぜい	月 日～
のどの痛み	月 日～
嘔吐	月 日～ 回/日
下痢	月 日～ 回/日
その他	

咳	月 日～
鼻水	月 日～
発疹	月 日～
腹痛	月 日～
血便	月 日～
定期受診	

♪風邪症状・発疹の方のみお答えください

2週間以内に予防接種を受ける予定はありますか？

いいえ	はい
-----	----

♪今回の症状で病院を受診しましたか？

いいえ	はい	いつ：	どこに：
-----	----	-----	------

♪今回、熱さましを希望されますか？

いいえ	はい (坐薬・内服)
-----	------------

♪お薬の希望を○で囲んでください

シロップ	粉薬	錠剤	カプセル
------	----	----	------

♪医師に相談したいことのある方はご記入ください

()

♪住所、電話番号の変更のある方はご記入ください 新電話番号 ()

新住所 (〒)