

はじめて受診される方へ

ふりがな	
氏名・性別	男・女
生年月日	平成・令和 年 月 日 歳 ヶ月
住所	〒 -
電話番号	自宅
	携帯

かかったことのある病気 突発疹・熱性けいれん・水痘・流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)
喘息・アトピー性皮膚炎・その他()

アレルギー なし あり
薬()
食物()
その他()

妊娠・出産時 出生体重 g
正常
異常(早産・仮死・呼吸障害・黄疸・その他)

家族の病気 アレルギー(喘息・花粉症・アトピー性皮膚炎・けいれん既往
その他()

予防接種
終わったものに○
(乳幼児の方
はご記入お願
いします)

Hib(ヒブ) 初回(1回・2回・3回) 追加免疫
小児用肺炎球菌(プレベナー) 初回(1回・2回・3回) 追加免疫
B型肝炎ワクチン(1回・2回・3回)
ロタワクチン(1回・2回・3回)
BCG 四種混合(1期1回・2回・3回・1期追加)
三種混合(1期1回・2回・3回・1期追加)
麻疹・風疹混合(MR)(1期・2期) 水痘(1期・2期)
流行性耳下腺炎(おたふく風邪)(1回・2回)
日本脳炎(1期1回・2回・追加・2期) 2種混合

予防接種の時は忘れずに母子手帳をご持参ください

問診表

☆ 診察をお受けになる前にご記入ください

☆ 発疹のある方、おたふくかぜが疑われる方は受付へお申し出ください

どんな症状がありますか

症状	いつから	詳しい状態
発熱		
頭痛		
咽頭痛		
鼻水		
咳		
ぜーぜー		
下痢		
嘔吐		
腹痛		
発疹		
その他		

機嫌 (良好・まあまあ・悪い)

水分摂取 (良好・普段より落ちている・飲まない)

哺乳 (良好・普段より落ちている・飲まない)

食欲 (あり・普段より落ちている・なし)

当院以外で処方され現在飲まれている薬がありますか？ (あり・なし)

ありの場合 お薬手帳は持参されていますか

(はい・いいえ)

いいえの場合 内容をお書きください(具体的に)

薬はどの種類が希望ですか 乳幼児 粉薬・水薬

小学生以上 粉薬・水薬・錠剤(カプセル)

その他、お気づきの点がありましたらご記入ください