

コロナワクチンは接種しましたか？
はい(月頃)・いいえ

問 診 票 年 月 日 時 分

フリガナ		男・女	生年月日	平成・令和
氏名				年 月 日(歳)
保護者氏名		住所	〒	
電話番号	— —	携帯番号		— —

- ① 現在の体重(kg) 出生体重(g) 本日の体温(°C)
- ② 生まれつきの病気はありますか？
・ない ・ある(病名:)
- ③ 兄妹の有無を教えてください。(本人には○で囲んで下さい)
第1子()才 第2子()才 第3子()才 第4子()才 第5子()才
男・女 本人 男・女 本人 男・女 本人 男・女 本人 男・女 本人
- ④ 今までにかかった病気はありますか？(該当するものを○で囲んで下さい)
突発疹・百日咳・喘息・気管支炎・ロタ・アデノ・ノロ・溶連菌・けいれん・おたふくかぜ
水疱・インフルエンザ・その他()
- ⑤ アレルギーはありますか？
・ない ・ある → 花粉症・喘息・ハウスダスト・食べ物()・お茶()
- ⑥ 今までに入院したことがありますか？
・ない ・ある(病名:)(病院名:)
- ⑦ 今までに受けた予防接種はありますか？
BCG・ポリオ・ヒブ・肺炎球菌・三種混合・四種混合・MR(麻疹・風疹混合)・日本脳炎
二種混合・おたふくかぜ・水疱・インフルエンザ・その他()
- ⑧ 薬や予防接種で具合が悪くなったことがありますか？
・ない ・ある(いつ: 才頃)(原因:)
- ⑨ 薬は何が飲めますか？
水薬・粉薬・錠剤・カプセル
- ⑩ 現在通っている保育園・幼稚園等について教えてください。(該当するものを○で囲んで下さい)
()幼稚園・保育園・小学校・中学校・その他()
- ⑪ 本日は、どのような症状で来院されましたか？
()
- ⑫ 当院をお知りになったきっかけは何でしょうか？
口コミ・紹介(紹介者名:)・野立て看板・その他()