

はじめて受診される方へ（問診票）			I D	
			記入日	月 日
フリガナ 氏 名		男 ・ 女		生年月日 H 年 月 日 (歳 ヶ月)
住 所	〒 -			
電 話	自宅		携帯	
家族構成	父 歳、 母 歳、 同居人 人			
	兄弟全員で 人、この子は 番目			
家族の病気	高血圧・糖尿病・心臓病・肝炎・喘息・結核 その他 ()			
妊娠中	正常 ・ 異常 (高血圧・蛋白尿・その他 ())			
出産	正常 ・ 異常 (逆子・吸引・帝王切開)			出生時体重 g
	仮死 (有・無) 黄疸 (普通・強い)			
発達	正常 ・ 異常 ()			
予防接種	BCG(未・済)、生ポリオ(未・1回・2回)、不活化ポリオ(1回・2回・3回・4回) 三種混合・四種混合：I期(1回・2回・3回) II期(小6)、 麻しん・風しん混合(MR)(未・1期・2期)、ヒブ(未・済)肺炎球菌(未・済) 日本脳炎：I期(1回・2回・追加)：II期 水痘(未・済)、おたふく風邪(未・済)、 麻しん(はしか)(未・済)、風しん(未・済)、子宮頸がん(未・済)			
今までにかかった病気	突発疹・麻疹・風疹・水痘・おたふく風邪・川崎病・ひきつけ・喘息・アトピー その他 ()			
アレルギー	無 ・ 有 食品(卵、鶏肉、ミルク、その他：) くすり () その他 ()			
***** 今日の症状について *****				
体 重	k g (g)		身 長	c m
体 温	現在 °C ※発熱の経過がわかれば右記表にご記入ください⇒			日 時
				体 温
症 状	咳・たんがからむ・ゼーゼー音がする・眼が赤い・目やに 鼻水・鼻づまり・頭痛・のどの痛み・耳の痛み・腹痛 下痢(1日 回、水様・泥状) 色 () 嘔吐(1日 回)・便秘・発疹・おむつかぶれ			°C
				°C
				°C
水分摂取	普通 ・ とれない		食事(ミルク)	普通 ・ とれない
尿	出ている・出していない(最後の排泄時間 時)			
その他 気になる事				