

問診表（初診の方）

平成 年 月 日

発疹（ぶつぶつ）などの感染の可能性のある症状のおありの方は受付にお申し出ください。

お名前： _____

郵便番号： _____ - _____

ご住所： _____

お電話番号： _____ - _____ 生年月日：平成・昭和 年 月 日（ ）才

現在のお熱： _____ 体重： _____ kg

1) 今日、どのような症状でこられましたか？ 具体的にお書き下さい・

(ア) 発熱： _____

(イ) 咳： _____

(ウ) 鼻水： _____

(エ) 嘔吐： _____

(オ) 下痢： _____

(カ) 声がれ： _____

(キ) その他： _____

2) 水分はとれていますか？ ()

3) おしっこはでていますか？ ()

4) 今までに大きな病気にかかれたことはありますか？ ()

5) アレルギーといわれたことがありますか？ なし() あり()

(ア) 卵白() 牛乳() 大豆() その他()

(イ) ハウスダスト() チリダニ() ペット()

(ウ) くすり() 化学物質()

6) 今までうけられた予防注射を教えてください。(かかれた時は病名に をつけてください。)

(ア) BCG () ポリオ(1回・2回)

(イ) 麻疹(はしか) ()

(エ) 三種混合(DPT) [1期-初回(1回・2回・3回)・1期追加・2期]

(オ) 風疹(三日ばしか)()

(カ) 水痘(水ぼうそう)() ムンプス(おたふくかぜ)()

7) ご相談されたいことがございましたら何でも気軽に遠慮なくお書きください。

もちろん診察室に入られてからでも結構です。