

番



初診外来問診票



診察券番号

ふりがな **名前** _____ **男・女**

生年月日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 生まれ _____ 歳 _____ ヶ月 (生後 _____ 日目)

〒 _____ 住所(〒記載時は番地からで可)

電話番号 _____ - _____ 携帯番号 _____ - _____

呼び出しを希望されますか? 希望しない・希望する (携帯番号を必ず記入してください)

通園・通学していますか? 通園していない・託児所・保育園・幼稚園・小学校

クリニックで測定した体温 _____ ℃ 体重 _____ Kg

①いつからどのような症状ですか? 具体的にご記入ください。

熱 _____

咳 _____

鼻水 _____

おなか(吐き気・下痢・腹痛) _____

皮膚 _____

②家族や園・学校に具合の悪い方はいますか?

家族(_____)、園・学校(_____)

③今、飲んでいるお薬はありますか? ない・ある(お薬手帳をお持ちでしたら出してください)

④薬を飲んで何らかの症状が、出たことはありますか?

ない・ある (薬品名: _____ 症状: _____)

⑤食物アレルギーはありますか?

ない・ある (食品名: _____ 症状: _____)

⑥予防接種で済んでいるものに○を付けて下さい。

ヒブ(1回目・2回目・3回目・追加)

ロタリックス(1回目・2回目)

肺炎球菌(1回目・2回目・3回目・追加)

ロタテック(1回目・2回目・3回目)

4種混合(1回目・2回目・3回目・追加)

B型肝炎ワクチン(1回目・2回目・3回目)

三種混合(1回目・2回目・3回目・追加)

生ポリオ(1回目・2回目)

不活化ポリオ(1回目・2回目・3回目・追加)

水痘(1回目・2回目)

BCG

おたふく(1回目・2回目)

麻しん風しん混合(第1期・第2期)

日本脳炎(1回目・2回目・1期追加)

⑦上記⑥番の中で、すでにかかっているものはありますか? (_____)

⑧今までにかかった大きな病気はありますか? (_____)

⑨兄弟はいますか? いない・いる(兄・姉・弟・妹)

⑩現在、育児や予防接種などでわからない事、困っている事がありましたらご記入下さい。

(_____)

⑪何でお知りになりましたか? し点を付けてください。

- 兄弟が受診している
- ホームページ
- ちびっこぶれす
- タウンページ
- 知り合いからの紹介
- 救急センターからの紹介
- その他(_____)

