

ID :

初診問診票

2 診・隔・処

ふりがな			ご住所	〒 (-)
お名前	様	男 女		
生年月日	年 月 日	才		
電話①			電話②	

1、出生時の体重（妊娠 週 g）・わからない					
2、保育園・幼稚園・学校に行っていますか？ はい・いいえ (園・学校名)					
3、兄弟・姉妹はいらっしゃいますか？ いない・いる (人兄弟(姉妹)の 番目)					
4、今までにかかった病気に○をつけてください。 突発性発疹・水ぼうそう・おたふく・気管支炎・喘息・肺炎・熱性けいれん その他 ()					
5、予防接種は受けていますか？ 全部受けている ・ わからない (受けた予防接種がわかるかたは、すべてに○をつけてください) ヒブワクチン (1・2・3回・追加) ・ 肺炎球菌 (1・2・3回・追加) ・ BCG B型肝炎 (1・2・3回) ・ 四種混合 (1・2・3・追加) ・ ロタ (1・2・3回) 麻疹+風疹 MR (1・2回) ・ 水ぼうそう (1・2回) ・ おたふく (1・2回) 日本脳炎 (1期1・2・3回・2期) その他 ()					
6、入院されたことはありますか？ いいえ ・ はい (はいの方は以下ご記入ください) 病名：() いつ：(年 月 日から 日間)					
7、食物アレルギーの有無 ない ・ ある (食品名：)・わからない					
8、薬に対するアレルギー ない ・ ある (薬品名：)・わからない					
9、お薬は飲みますか？ はい (水薬 ・ 粉薬 ・ 錠剤 ・ カプセル) 苦手 ・ わからない					
10、今日はどうされましたか？					
<table border="1" style="margin-left: auto;"> <tr> <td>体温：</td> <td>℃</td> </tr> <tr> <td>体重：</td> <td>kg</td> </tr> </table>		体温：	℃	体重：	kg
体温：	℃				
体重：	kg				
<ul style="list-style-type: none"> ・ ご家族に体調の悪い方はいますか いない・いる () ・ 周囲に新型コロナ感染者、濃厚接触者はいますか いない・いる () ・ 5歳以上の方は、コロナワクチンを接種しましたか 接種した・していない ・ 水ぼうそう、おたふくの疑いはありませんか ない・ある 					