

# 問診票

フリガナ

おなまえ \_\_\_\_\_ 才 \_\_\_\_\_ ャ月（男・女） 熱 \_\_\_\_\_ 度 \_\_\_\_\_ 体重 \_\_\_\_\_ Kg

- いつからどんな症状がありますか？ ご相談されたいことをお書きください。

[ \_\_\_\_\_ ]

- いま使っているお薬はありますか？

なし  当院の薬  他院の薬（お薬手帳を受付にお出しください。なければわかる範囲で下記にご記入ください。）

[ \_\_\_\_\_ ]

- ご希望の飲み薬があればチェックをお願いします。

シロップ  こな  たま

- 熱さましは必要ですか？

いる（シロップ・こな・たま・座薬）  いない

- 副作用がでたり飲めなかった薬があればご記入ください。

[ \_\_\_\_\_ ]

診察の準備をしてお待ちください。質問等は診察の最後にまとめてお願いします。

ほくと小児クリニック



- 今までにかかった大きな病気はありますか？

未熟児だった  
 喘息の治療を受けていた  
 アトピー性皮膚炎、花粉症があった  
 その他

（先天異常、心疾患、けいれん、川崎病、溶連菌、マイコプラズマ肺炎、中耳炎、みずぼうそうなどわかる範囲でご記入ください。）

- ご家族に喘息、アトピー性皮膚炎、花粉症の方はいらっしゃいますか？

- 接種済のワクチンにチェックを入れてください。〈現在接種されているワクチン〉

<input type="checkbox"/> ヒブ	<input type="checkbox"/> 肺炎球菌	<input type="checkbox"/> 2種混合
<input type="checkbox"/> BCG	<input type="checkbox"/> B型肝炎	<input type="checkbox"/> 4種混合
<input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合（1期・2期）	<input type="checkbox"/> 日本脳炎	<input type="checkbox"/> 水ぼうそう
<input type="checkbox"/> おたふく	<input type="checkbox"/> ロタウイルス	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん
<input type="checkbox"/> インフルエンザ	<input type="checkbox"/> その他（ _____ ）	