

初診問診票

記載日： 月 日

氏名 _____ 性別 男・女 年齢 歳 カ月（生後 日）

生年月日 平成 年 月 日

住所 〒 _____

電話番号 _____ 携帯番号 _____

通園・通学先名 _____ 保育園・幼稚園・小学校・中学校・その他

今日の体温 _____ °C 体重 _____ kg 身長 _____ cm

問1 どのような症状がありますか？それはいつ頃始まりましたか？

（あてはまるものすべてに○をつけてください）

発熱・せき・はな水・ゼーゼー・のどの痛み

嘔吐（1日 回）・下痢（1日 回、便は 色）

腹痛・頭痛・ぶつぶつ（発疹）・耳の下のはれ・その他（ ）

_____ 月 日頃から

問2 これまで接種済みのワクチンはどれですか？（母子手帳を参考ください）

（あてはまるものすべてに○をつけてください）

麻疹・風疹・三種混合・BCG・ポリオ・水ぼうそう・日本脳炎

問3 今までにかかった大きな病気がありますか？

（ ）

問4 体に合わない薬、食べ物がありますか？

（ ）

問5 くすりの希望があれば書いてください。（希望するものに○）

水薬・こな薬・錠剤

熱さましは（座薬で・こな薬で）