

問 診 票

平成 年 月 日

おなまえ _____ 年齢 歳 ヶ月

1. 兄弟姉妹のいる方は、何人のうちの何番目ですか。

() 人の () 番目

2. 現在の症状はいつからですか。

() 日前 昨日 今日 () 時から

3. 現在どのような症状がありますか。

発熱 () °C 咳 鼻汁 痰 (たん) 頭痛 腹痛
下痢 吐き気 嘔吐 発疹 その他 ()

4. 現在かかっている病気がありますか。飲んでいる薬があれば書いてください。

病気 () 薬 ()

5. 今までにかかったことのある病気を書いてください。

気管支喘息 アトピー性皮膚炎 水痘 おたふく けいれん () 頃
腎疾患 心疾患 肺炎 突発性発疹
その他 ()

6. 薬や食物のアレルギーはありますか。ある場合はその名前を書いてください。

薬 () 食物 ()

7. 今までに接種したことのあるワクチンに○をつけてください。

- ・BCG ・四種混合 (1、2、3、追加) ・Hib (1、2、3、追加)
- ・肺炎球菌 (1、2、3、追加) ・麻しん風しん混合 (I期、II期)
- ・日本脳炎 (1、2、追加、II期) ・DT ・水痘 (1、2) ・おたふく (1、2)
- ・ロタ (1、2、3) ・B型肝炎 (1、2、3) ・今季インフルエンザ (1、2)

8. 生まれたときの在胎週数や体重がわかれば書いてください。

在胎 () 週 体重 () g

9. 現在の身長、体重を書いてください。

身長 () cm 体重 () kg

10. エリゼこどもクリニックを何で知りましたか？ ○をつけてください。(複数回答可)

- ・近所に住んでいる ・家族が受診したことがある ・友達が受診したことがある
- ・区の案内を見て ・ホームページを見て ・紹介されて (紹介者:)
- ・その他 ()