問　診　票

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。
（　　）日前から　　昨日から　　今日（　　）時頃から

3. 現在どのような症状がありますか。
発熱（　　℃）　咳　痰　鼻汁　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（塗っている薬）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　花粉症　水痘　おたふく　肺炎　突発性発疹
けいれん（今までに　回、いつ頃　頃）　腎疾患　心疾患
その他（　　）

6. 薬や食物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（　　）　食べ物（　　）

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

8. 生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。 ○をつけて下さい。（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（家族登録をします。家族のお名前：　　）
・友達が受診したことがある　・区の案内をみて　・ホームページを見て
・紹介されて（紹介者：　　）　・その他（　　）