

ID:

初診受付問診票

日付: 年 月 日

フリガナ	性別	生年月日
氏名	男・女	昭和・平成 年 月 日 歳
住所〒	電話番号	— —
	携帯番号	— —

体重 _____ Kg 体温 _____ °C ※体重・体温は必ずご記入をお願いします

I. いつごろからどのような症状がありますか。

① 症状 いつから

<input type="checkbox"/> 熱	<input type="checkbox"/> 今朝 <input type="checkbox"/> 昨日 <input type="checkbox"/> () 日前 <input type="checkbox"/> その他()
<input type="checkbox"/> 咳	<input type="checkbox"/> 今朝 <input type="checkbox"/> 昨日 <input type="checkbox"/> () 日前 <input type="checkbox"/> その他()
<input type="checkbox"/> 鼻汁	<input type="checkbox"/> 今朝 <input type="checkbox"/> 昨日 <input type="checkbox"/> () 日前 <input type="checkbox"/> その他()
<input type="checkbox"/> 嘔吐	<input type="checkbox"/> 今朝 <input type="checkbox"/> 昨日 <input type="checkbox"/> () 日前 <input type="checkbox"/> その他()
<input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> 今朝 <input type="checkbox"/> 昨日 <input type="checkbox"/> () 日前 <input type="checkbox"/> その他()
<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> 今朝 <input type="checkbox"/> 昨日 <input type="checkbox"/> () 日前 <input type="checkbox"/> その他()
<input type="checkbox"/> 腹痛	<input type="checkbox"/> 今朝 <input type="checkbox"/> 昨日 <input type="checkbox"/> () 日前 <input type="checkbox"/> その他()
<input type="checkbox"/> 発疹	<input type="checkbox"/> 今朝 <input type="checkbox"/> 昨日 <input type="checkbox"/> () 日前 <input type="checkbox"/> その他()
<input type="checkbox"/> 喘鳴ゼーゼー	<input type="checkbox"/> 今朝 <input type="checkbox"/> 昨日 <input type="checkbox"/> () 日前 <input type="checkbox"/> その他()
<input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 今朝 <input type="checkbox"/> 昨日 <input type="checkbox"/> () 日前 <input type="checkbox"/> その他()

②左記以外に心配な症状はありますか。

- III. 今日の体調
- *水分は取れていますか 普通 やや少ない 少ない
- *夜はよく眠れていますか 普通 あまり眠れない ほとんど眠れない
- *食欲はどうですか 普通 やや少ない ほとんど食べない
- *薬は飲みますか 飲む 飲めない

IV. 出生から今までのことについて

- (1) 出生時の状況 出生体重 () g 在胎週数 () 週
出生時の異常 なし あり ()
- (2) アレルギー 薬物アレルギー なし あり ()
食物アレルギー なし あり ()
その他 なし あり ()
- (3) 今までに「熱性けいれん」にかかったことは なし あり
- (4) 予防接種歴 *水痘 未 済 (1回 2回) *おたふくかぜ 未 済
*BCG 未 済 *肺炎球菌 未 済 (1回 2回 3回 追加)
*日本脳炎 未 済 *その他 () 未 済み
*麻疹風疹 (MR) 未 済 (1期・2期)
*4種混合 未 済 (1回 2回 3回 追加)
*ヒブ 未 済 (1回 2回 3回 追加)