



問診票

体温	°C
体重	kg
SpO ₂	%

フリガナ

お名前 _____ 性別 (男・女)
生年月日 S・H・R 年 月 日 (歳 カ月) _____ 人きょうだいの 番目
住所 〒 - _____ 携帯番号 _____

1. 今日はどうされましたか (例：〇月△日から咳がでて、～日から °Cの熱がある)
2. 現在使用しているお薬はありますか (お薬手帳の提示をお願いします)
3. のめるお薬の種類
シロップ 粉薬 錠剤 カプセル
4. 家族構成
お父さん (歳) お母さん (歳)
きょうだい 男・女 (歳) きょうだい 男・女 (歳)
5. 出生時の週数 () 週 出生体重 () g
6. 集団生活の状況と流行している感染症
幼稚園 保育園 学校 家で過ごしている その他 ()
流行している感染症： なし あり ()
ご家族で発熱・体調不良や、においや味がわかりにくい、と感じるかた(いない / いる _____)
7. 今までにかかった病気、手術や入院の経験 (かぜや下痢以外)
8. アレルギーはありますか
食物 () くすり () その他 ()
9. 予防接種が済んでいるもの
ヒブ 肺炎球菌 四種混合 三種混合 ポリオ B型肝炎 BCG 麻疹風疹混合 (MR)
水ぼうそう (水痘) 日本脳炎 おたふくかぜ ロタウィルス その他 ()
10. その他相談したいこと
11. 当院を何で知りましたか
院長かかりつけ ホームページ 他院からの紹介 チラシ 友人知人 SNS 看板 通りすがり