



# 問診票

体温	°C
体重	kg
SpO <sub>2</sub>	%

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