

診療申し込み・問診表

フリガナ		男女	生年月日	昭和 平成	年	月	日
氏名							
住所			電話				

(記入者氏名

続柄)

❖ 下記の項目について今後の重要な診療の参考となりますのでご記入ください

1. 本日受診することになった主な症状は？

いつごろから？ _____ どのような症状 _____

2. 今日は熱がありますか？なし ・ あり → _____ °C(平熱 _____ °C)

3. 生まれた時の状態は？

出生体重 _____ g 予定どおり ・ 予定日より _____ 日早い ・ 遅い

正常分娩 ・ 異常分娩 (_____)

4. 最近の体重： _____ kg (_____ 年 _____ 月)

5. 家族の病気あるいは体質(ある時は()内に記入)

父(_____) ・ 母(_____) ・ 兄弟(_____ 人) その他(_____)

6. 予防接種

B C G (_____ 年 _____ 月) (済 ・ 未) ・ ポリオ(1回目 ・ 2回目) (済 ・ 未)

三混(I期 _____ 回 ・ II期) (済 ・ 未) ・ 水痘(_____ 歳) (済 ・ 未 ・ 罹患) (_____ 歳)

麻疹(済 ・ 未 ・ 罹患) (_____ 歳) ・ 風疹(済 ・ 未 ・ 罹患) (_____ 歳)

おたふくかぜ(済 ・ 未 ・ 罹患) (_____ 歳)

7. 今までにかかった病気

へんとう腺炎(_____ 歳) ・ 肺炎(_____ 歳) ・ 中耳炎(_____ 歳) ・ 喘息(_____ 歳)

アトピー性皮膚炎(_____ 歳) ・ ひきつけ(_____ 歳) ・ その他(病名 _____ 歳)

8. 今までに薬や食べ物に対するアレルギー(じんましんが出たり、気分が悪くなったりしたこと)がありましたか？

あり → くすりや食べ物の種類 _____

なし

◆ この情報は診療目的以外に使用することはありません。