

問 診 票

年 月 日

おなまえ 年齢 歳 ヶ月 体重 kg

- 1、現在の症状はいつからですか。
() 日前から 昨日から 今日から () 時頃から
- 2、現在どのような症状がありますか。
発熱 (°C) 咳 痰 鼻汁 頭痛 腹痛 下痢 吐き気 嘔吐 発疹
その他 ()
- 3、現在かかっている病気がありますか。飲んでいる (塗っている) 薬があれば書いてください。
病気 () 薬 ()
- 4、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 回、いつ頃) 腎疾患 心疾患 その他 ()
- 5、薬や食物にアレルギーはありますか。ある場合は名前を書いてください。
薬 () 食べ物 ()
- 6、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) 麻疹風疹(1期、II期) DT 日本脳炎(1,2,追加,II期) 水痘(1,2)
おたふく(1,2) インフル(1,2)
- 7、生まれた時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
- 8、現在の身長、体重を書いてください。
身長()cm 体重()kg
- 9、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
- 10、()保育園・幼稚園、()小学校・中学校・高校
- 11、恵比寿こどもクリニックをどこで知りましたか。○をつけてください。(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 HPを見て 電柱広告を見て
紹介されて(紹介者) その他