

初診問診票

診察券番号() 受付番号()

ふりがな			男・女	生年月日	平成 年 月 日
お名前					歳 ヶ月
住所	〒				
電話番号	〈自宅〉		〈携帯〉		(続柄)
家族構成	父(歳)、母(歳)、兄弟姉妹(例:5歳兄)				
出生体重	g (週)		出生時の異常 なし・あり ()		
今までに特別な病気にかかった、または入院したことがありますか ない・ある ()					
定期的に飲んでいる薬はありますか ない・ある ()					
薬・食べ物のアレルギーはありますか ない・ある ()					
今までに受けた予防接種を○で囲み、受けた回数をご記入ください ロタ(回)、B型肝炎(回)、ヒブ(回)、肺炎球菌(回)、4種混合(回)、3種混合(回) BCG、MR(回)、みずぼうそう(回)、おたふくかぜ(回)、日本脳炎(回)					

本日の受診目的 発熱、嘔吐、その他の症状 下記枠内もご記入ください
 予防接種・健診 上記枠内の記入後に、受付にお出してください
 アレルギーのご相談 上記枠内の記入後に、アレルギー問診票もご記入ください

本日の体温	℃	体重	kg
いつからどのような症状がありますか？			
今回の症状でほかの医療機関を受診していますか？ 受診していない・している ほかの医療機関で出されているお薬があれば、お書きください			
そのほか、お伝えになりたいことがありましたらご自由にお書きください。			