

（この問診票は、当院で定めた利用目的の範囲内で利用いたします。）

ふりがな		
名前		男、女
生年月日	平成、令和 年 月 日（才 ヶ月）	
住所	〒	
電話番号	自宅：	
	携帯：	

1) 本日はどうされましたか

症状：発熱(°C)、せき、はなみず、下痢、もどし、おなかの痛み、発疹、
湿疹、みずぶくれ、みずぼうそう、おたふくかぜ、インフルエンザ、その他（ ）

2) 今までにかかった病気に○印をつけて下さい。

突発性発疹症、麻疹[はしか]、風疹[三日はしか]、百日咳、おたふくかぜ、水痘[みずぼうそう]

3) これまでに受けた予防接種に○印をつけて下さい。

ロタ（ 回）、Hib（ 回）、肺炎球菌（ 回）、B型肝炎（ 回）、BCG、四種混合ワクチン（ 回）、
麻疹[はしか]（ 回）、風疹[三日はしか]（ 回）、MR[麻疹・風疹]（ 回）、日本脳炎（ 回）、
おたふくかぜ（ 回）、水痘（ 回）

4) 今までに薬や食品等で湿疹やかぶれがでたことがありますか。

ない、ある 薬品名： _____、食品名： _____

5) 今までにひきつけたことはありますか。

ない、ある 病名： _____、いつ頃： _____

6) 今までに入院や手術を受けたことがありますか。

ない、ある 病名： _____、いつ頃： _____

7) 現在かかっている病気がありますか。

ない、ある：心臓病、腎臓病、肝臓病、糖尿病、喘息、けいれん、その他（ ）

8) 現在通っている保育所、幼稚園、学校、または近所で流行している病気がありますか。

ない、ある 病名： _____

9) 当医院を受診されたきっかけをお聞かせください。

家の近くだから、知人・友人に聞いた、インターネット、他院からの紹介、通りすがり

10) 医療証明書は必要ですか？ （必要、不要）