

問診票

(下記の項目について記入、もしくは で囲んでください。)

わからないことがありましたら、窓口でお聞き下さい。

ふりがな

氏 名: _____ 男・女 生年月日: _____ 年 月 日生()歳

住 所: _____

連絡先: _____ 携帯番号: _____

1) あなたは、どのようなことでおいでになりましたか?それはいつからですか?()の中に何日くらい前もしくは回数をご記入ください。

熱がある()日前)・咳()日前)・喉が痛い()日前)・おなかが痛い()日前)
嘔吐()回)・吐き気()日前)・湿疹()日前)・鼻汁()日前)・下痢()回)
その他()

2) 今までにかかった大きな病気はありますか?(例えば高血圧、糖尿病、心疾患など)

はい(わかれば具体的に:) ・ いいえ

3) 今までに喘息といわれたことがありますか? はい ・ いいえ

「はい」の方は、発作がでていますか? はい ・ いいえ

4) 現在、飲んでいるお薬がありますか? はい ・ いいえ

「はい」の方は、そのお薬の内容がわかりますか? はい ・ いいえ

(薬剤情報提供書があればお出し下さい。)

5) 今までにお薬を飲んだり、注射を受けた後で気分が悪くなったり、身体に発疹が出たことがありますか?

はい(わかれば具体的に:) ・ いいえ

6) アレルギーはありますか?

はい(わかれば具体的に:) ・ いいえ

7) これまで接種済みのワクチンはどれですか?(対象:お子様のみ)

母子手帳を参考にあてはまるもの全てに をつけて下さい。

BCG・三種混合・麻疹風疹混合・ポリオ・日本脳炎・おたふく・水ぼうそう・麻疹・風疹

8) その他質問、相談、希望等があれば、お書き下さい。

[_____]