

＜初診・問診票＞

記入年月日 年 月 日

ふりがな		生年月日	昭和	年	月	日(才)
氏名	男・女		平成	年	月	日(才)
住所	〒 —					
電話	— —					

- 今までにかかった病気は？(○印で記入)
麻疹・風疹・流行性耳下腺炎・水痘・突発性発疹・百日咳・結核
- 予防接種歴は？(○印で記入)
四種混合・BCG・MR・流行性耳下腺炎・水痘・ヒブ・肺炎球菌
日本脳炎・ロタ・B型肝炎
- 入院の既往は？有るならば、どういふ疾患で入院？何歳頃？
疾患名(、 才)
- 現在持病はありますか？(○印で記入)
心疾患・肝疾患・腎疾患・肺疾患・血液疾患・神経疾患・膠原病
その他() 具体的に()
- けいれんの既往は？(○印で記入)(ある・ない)
何回ぐらい？(回) 最後のけいれんはいつ？()
- アレルギーの既往は？(○印で記入)(ある・ない)
具体的に()
- 現在、保育園・幼稚園・学校で流行している病気はありますか？(○印で記入)(ある・ない)
- 今日は、どういふ症状で来院されましたか？(○印で記入)[いつ頃から？]

症状：高熱(℃) [] 微熱(℃) [] 咳 [] 鼻水・鼻閉 [] 喘鳴・呼吸困難 [] 吐き気・嘔吐 [] 下痢 []	腹痛 [] 頭痛 [] 痙攣 [] 発疹 [] 湿疹 [] その他 []
---	---

経過： []

○現在の体重	○院内で測った体温
kg	℃