＜初診・問診票＞

記入年月日　　年　　月　　日

ふりがな		生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日（　　才）
氏　　名	男・女		令和
住　　所	〒　　―		
電　　話	―　　―		

1. 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

2. 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

3. 入院の既往は？有るならば。どういう疾患で入院？ 何歳頃？
　疾患名（　　、　　才）

4. 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（　　）

5. 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？（　　）

6. アレルギーの既往は？（○印で記入）（ある・ない）
　具体的に（　　）

7. 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）

8. 今日は、どういう症状で来院されましたか？（○印で記入）[いつ頃から？]

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

経過：[　　]

○現在の体重	○院内で測った体温
kg	℃