

問診票 (初診用)

平成 年 月 日

ふりがな			
氏 名	(男 ・ 女)		
生 年 月 日	年	月	日 (歳)
住 所	〒		
電 話 番 号		携 帯 電 話	
() 保育園、幼稚園、小学校、中学校、高等学校、その他			

- 1、いつからどんな症状があるかお書きください

- 2、薬や注射、食物でショックをおこしたり、じんましんがでたりしたことがありますか。
ない ある ()
- 3、今までに使ってはいけないといわれた薬がありますか。
ない ある ()
- 4、今までにひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。
ない ある (回・最終ひきつけ 年 月)
- 5、今までにかかった病気を○で囲んでください。
 はしか ・ 百日咳 ・ おたふくかぜ ・ 水ぼうそう
 風疹 ・ 突発性発疹症 ・ 結核
 気管支喘息・アトピー性皮膚炎・その他()
- 6、今までに受けた予防接種を○で囲んでください。
 三種混合・BCG・ポリオ・麻疹風疹混合(I期・II期)・麻疹(単独)
 風疹(単独)・日本脳炎・おたふくかぜ・水ぼうそう・ヒブ・肺炎球菌
 子宮頸ガン・不活化ポリオ・ロタリックス・B型肝炎・その他()
- 7、現在、他に飲んでいる薬がありますか。
ない ある ()
- 8、女性の方へお聞きします。
妊娠している 授乳中
- 9、県外の方へ
 帰省先(下関)
 氏 名
 住 所
 電話番号 ()