**No.**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日



**問　　診　　表**

フリガナ　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 生年月日　 Ｈ　　　　年　　　　月　　　　日

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　男　・　女　）（年齢　　　　歳　　　　ヵ月）

住所　〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先　　　　―　　　　―

フリガナ

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　保護者氏名

* この用紙は当院の職員のみ拝見します。可能な範囲でご記入ください。

１　来院された目的に○を付けてください。　　　診察　・　紹介・　予防接種　・　乳児健診

２　どのような症状で受診されますか？

体温：　　　　　　℃

|  |  |
| --- | --- |
| 例： | 発熱 ・吐気・嘔吐・ 咳・下痢 ・腹痛 |
|  | 喘息・アトピー性皮膚炎・食物アレルギー・等 |

（右に○をつけていただいてもかまいません）

３　その症状はいつ頃からですか？　　　　　　　年　　　　月　　　　日頃より

４　既往歴についてお聞きします。○で囲んでください。

　　妊娠：（　　　　）週（　　　　）日、出生時体重：（　　　　　　）g、仮死（なし・あり）

妊娠中の経過　：異常なし・あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

産院での経過　：異常なし・あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

乳児健診の経過：異常なし・あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

☞　裏面に続きます

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **＊看護師記入欄** | |  |  |  |  |
| 体重（kg） | （　　　　　　　　　　　　） | 身長（cm） | （　　　　　　　　　　　　） |  |  |
| 体温（℃） | （　　　　　　　　　　　　） | SpO2（%） | （　　　　　　　　　　　　） | HR（/分） | （　　　　　　　　　　　　） |

５　アレルギーや今までにかかった病気などについてお聞きします。

1. 薬で具合が悪くなったことはありますか？　　ない　・　ある　（薬名　　　　　　　　　　　　　）
2. 食べ物で具合が悪くなったことはありますか？　ない　・　ある　（食べ物名　　　　　　　　　　　）
3. 下記の既往歴がありますか？　○をつけてください。

( アトピー性皮膚炎・気管支喘息・アレルギー性鼻炎・アレルギー性結膜炎・蕁麻疹 )

1. けいれん・手術はございますか？　ない　・　ある　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

６　以下の病気にかかったことはありますか？

　　麻疹：　　　歳のとき　　風疹：　　歳のとき　　水痘（水ぼうそう）：　　歳のとき

おたふくかぜ：　　　歳のとき　　その他（　　　　　　　　　　　）：　　歳のとき

７　今までの予防接種（ワクチン）についてお聞きします。（三種か４種、いずれかに〇をつけて下さい）

BCG（済・未）、三種混合・４種混合（済・未）（　　　回まで）、Hib（済・未）（　　　回まで）、

肺炎球菌（済・未）（　　　回まで）、ポリオ（済・未）（　　　回まで）、麻しん・風しん混合（MR）（済・未）、

日本脳炎（済・未）（　　　回まで）、B型肝炎（済・未）（　　　回まで）、ロタ（済・未）（　　　回まで）

おたふく（済・未）、水ぼうそう（済・未）、子宮頸がん（済・未）（　　　回まで）

インフルエンザ（今シーズン）（済・未）（　　　回まで）

８　ご家族の方の今までかかった病気について記入してください。

父　：(　　　歳)　　病名　　　　　　　　　　時期　　　　　　年　　　　　　月頃

母　：(　　　歳)　　病名　　　　　　　　　　時期　　　　　　年　　　　　　月頃

　　：(　　　歳)　　病名　　　　　　　　　　時期　　　　　　年　　　　　　月頃

　　：(　　　歳)　　病名　　　　　　　　　　時期　　　　　　年　　　　　　月頃

* 他の医療機関様の検査結果・紹介状をお持ちの方は、受付にご提出ください。
* 服用している薬がある場合は、診察時にお知らせください。

ご記入ありがとうございました。