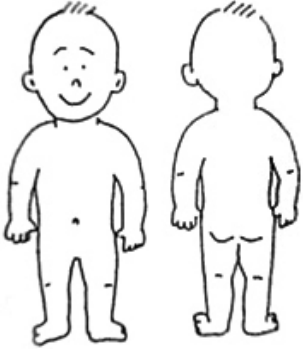


# 問 診 票

来院時間	時 分						
ふりがな		性 別	生 年 月 日	年 齢			
氏 名		男 ・ 女	平 成 年 月 日	歳 月			
来院時の体温		度 分	現在の体重		Kg		
			( 1 歳未満の方は出生時の体重		g )		
現在の症状に○をつけてください							
1. 熱 ( 日から ) 自宅での最高体温 度 分		11. 喘息発作					
2. 鼻汁 ( 日から )		12. 湿疹・発疹 ( 日から )					
3. せき ( 日から )		※発疹がでている部分に○をつけてください→					
4. のどの痛み ( 日から )		13. その他					
5. 頭痛 ( 日から )							
6. はきけ ( 日から )							
7. はいている ( 日から ) ( 回 / 日 )							
8. 腹痛 ( 日から )							
9. 下痢 ( 日から ) ( 回 / 日 )							
10. 便秘 ( 日から )							
今の症状はいつから続いていますか？		1. ( )時間前	2. 半日前	3. 1日前	4. ( )日前		
今の症状が出てから他の医療機関を受診しましたか？		1. 受診していない					
		2. 受診した 受診した医療機関名→ ( ) 処方された薬は何ですか？ ( )					
その他、いつも使用している薬があれば書いてください							
今までにかかった病気に○をつけその時の年齢を記入してください		1. 特になし		8. アトピー性皮膚炎 ( 歳 )			
		2. 熱性けいれん ( 歳 ) ※今までに ( )回 起こした事がある		9. 気管支喘息 ( 歳 )			
		3. 突発性発疹 ( 歳 )		10. 喘息気味と言われた事がある ( 歳 )			
		4. みずぼうそう ( 歳 )		11. 川崎病 ( 歳 )			
		5. おたふくかぜ ( 歳 )		12. 肺炎 ( 歳 )			
		6. はしか ( 歳 )		13. その他 ( 歳 )			
		7. 風しん ( 歳 )					
今まで受けた予防接種に○をつけ接種回数を記入してください		1. ヒブ ( 回 )		8. BCG			
		2. 肺炎球菌(PCV13) ( 回 )		9. 麻しん風しん(MR) ( 回 )			
		3. B型肝炎(HBV) ( 回 )		10. 水ぼうそう ( 回 )			
		4. ロタウイルス ( 回 )		11. おたふく ( 回 )			
		5. 四種混合(DPT-IPV) ( 回 )		12. 日本脳炎 ( 回 )			
		6. 三種混合(DPT) ( 回 )		13. 二種混合(DT) ( 回 )			
		7. ポリオ ( 生・不活化(IPV) 回 )		14. 子宮頸がん(HPV) ( 回 )			
		15. その他 ( )					
		アレルギーはありますか？		1. 薬 剤 ( )		4. 不 明	
				2. 食 物 ( )		5. 特 にな い	
				3. そ の 他 ( )			
		お子さまのかかりつけ医療機関名を教えてください					

ありがとうございました。診察までの間しばらくお待ちください。  
町田市医師会 休日・準夜急患こどもクリニック