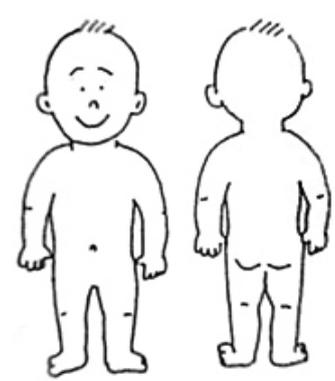


問 診 票

来院時間	時 分		
ふりがな		男 ・ 女	平成・令和 年 月 日 生まれ
氏 名			歳 ヶ月
住 所		自宅電話	
帰省中の方 帰省先住所		携帯電話	

来院時の体温	度 分	現在の体重 (1歳未満の方は出生時の体重)	Kg g)
--------	-----	--------------------------	----------

↓ いま困っている症状の番号に○をつけてください

1. 熱 (日 から) 自宅での最高体温 度 分 2. 鼻汁 (日 から) 3. せき (日 から) 4. のどの痛み (日 から) 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. 便が出ていない (日 から)	11. 喘息発作 <small>ぜんそく</small> 12. 湿疹・発疹 (日 から) <small>※発疹が出ている部分に○をつけてください→</small> 13. その他 <small>具体的に症状を書いてください</small>	
--	--	---

いま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
--------------------	------------	--------	---------	-----------

いまの症状が出てから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 [] ↳ 処方された薬はありますか？ 有り ・ 無し ↳ 処方された薬は何ですか？ [] <small>お薬手帳があれば医師へ見せてください</small>
-------------------------	--

その他、いつも使用している薬がありますか？	有り ・ 無し ↳ 薬の名前を教えてください [] <small>お薬手帳があれば医師へ見せてください</small>
-----------------------	--

いままでにかかった病気に○をつけ診断を受けた年齢を記入してください	<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">1. 熱性けいれん (歳) いままでに () 回 けいれんした事がある</td> <td style="width: 50%;">8. 喘息気味と言われた事がある (歳)</td> </tr> <tr> <td>2. 突発性発疹 (歳)</td> <td>9. 気管支喘息 (歳)</td> </tr> <tr> <td>3. みずぼうそう (歳)</td> <td>10. 肺炎 (歳)</td> </tr> <tr> <td>4. おたふく (歳)</td> <td>11. 川崎病 (歳)</td> </tr> <tr> <td>5. はしか (歳)</td> <td rowspan="3">12. その他 先天性疾患や入院した病気など (歳) [] <small>発達上何かしらの診断(疑い含む)を受けている場合もこちらにご記入ください</small></td> </tr> <tr> <td>6. 風しん (歳)</td> </tr> <tr> <td>7. アトピー性皮膚炎 (歳)</td> </tr> </table>	1. 熱性けいれん (歳) いままでに () 回 けいれんした事がある	8. 喘息気味と言われた事がある (歳)	2. 突発性発疹 (歳)	9. 気管支喘息 (歳)	3. みずぼうそう (歳)	10. 肺炎 (歳)	4. おたふく (歳)	11. 川崎病 (歳)	5. はしか (歳)	12. その他 先天性疾患や入院した病気など (歳) [] <small>発達上何かしらの診断(疑い含む)を受けている場合もこちらにご記入ください</small>	6. 風しん (歳)	7. アトピー性皮膚炎 (歳)
1. 熱性けいれん (歳) いままでに () 回 けいれんした事がある	8. 喘息気味と言われた事がある (歳)												
2. 突発性発疹 (歳)	9. 気管支喘息 (歳)												
3. みずぼうそう (歳)	10. 肺炎 (歳)												
4. おたふく (歳)	11. 川崎病 (歳)												
5. はしか (歳)	12. その他 先天性疾患や入院した病気など (歳) [] <small>発達上何かしらの診断(疑い含む)を受けている場合もこちらにご記入ください</small>												
6. 風しん (歳)													
7. アトピー性皮膚炎 (歳)													

いままでに受けた予防接種に○をつけ接種回数を記入してください	<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">1. ヒブ (回)</td> <td style="width: 50%;">8. BCG</td> </tr> <tr> <td>2. 肺炎球菌(PCV13) (回)</td> <td>9. 麻しん風しん(MR) (回)</td> </tr> <tr> <td>3. B型肝炎(HBV) (回)</td> <td>10. 水ぼうそう (回)</td> </tr> <tr> <td>4. ロタ ウイルス (回)</td> <td>11. おたふく (回)</td> </tr> <tr> <td>5. 四種混合(DPT-IPV) (回)</td> <td>12. 日本脳炎 (回)</td> </tr> <tr> <td>6. 三種混合(DPT) (回)</td> <td>13. 二種混合(DT) (回)</td> </tr> <tr> <td>7. ポリオ (生 ・ 不活化(IPV) 回)</td> <td>14. 子宮頸がん(HPV) (回)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">15. その他 []</td> </tr> </table>	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 []	
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 () 2. 食 物 () 3. そ の 他 () 4. 不 明 5. 特 に ない
--------------	---

お子さまのかかりつけ医療機関名	2週間以内の海外渡航歴	有り ・ 無し
-----------------	-------------	---------

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