



ほほえみあかちゃん こどもクリニック

初診 問診票



【ふりがな】

【生年月日】

【氏 名】

(男・女) 平成・令和

年

月

日

【住 所】 〒

-

【連絡先ご自宅】

【携帯電話】

【身長】

cm

【体重】

kg

【診察前の体温】

度

分

① 本日は、どのような内容で来院されましたか？

- 発熱 咳 (乾いた咳、 しめった咳、 ケンケンした咳) ゼーゼーする のどの痛み
 鼻水 嘔吐 下痢 皮膚症状 (発疹、乾燥など) その他 ()
いつからですか？ ()

② 過去2週間以内にコロナウイルス陽性者との接触はありますか？

ない ・ ある ()

③ 薬や食品で調子が悪くなったことはありますか？

ない ・ ある ()

④ 今までにかかった病気はありますか？

- はしか 風疹 水疱瘡 おたふくかぜ けいれん 心臓病
 喘息 食物アレルギー その他 ()

⑤ 今までに接種した予防接種を ✓ をつけてください。

- B型肝炎 ロタ ヒブ 肺炎球菌 四種混合 BCG MR (麻しん風しん混合)
 おたふく 水痘 日本脳炎 インフルエンザ その他 ()

⑥ ご家族やまわり、保育園や学校などで流行している病気はありますか？

ない ・ ある ()

⑦ その他、ご質問やご希望がありましたらご記入ください。

ない ・ ある ()

ご記入いただきありがとうございました