



# 初診外来問診票



ふりがな  
名前

歳 月

緊急連絡先 \_\_\_\_\_ (必ずご連絡がつく番号をご記入ください)

通園・通学していますか？ 通園通学していない ・ 保育園 ・ 幼稚園 ・ 小学校 ・ 中学校

現在の体温 \_\_\_\_\_ ℃ 体重 \_\_\_\_\_ kg 身長 \_\_\_\_\_ cm

①いつからどのような症状ですか？具体的にご記入ください。

熱： \_\_\_\_\_ 月 日くらいから \_\_\_\_\_ 熱さまし使用(最後に使ったのは \_\_\_\_\_ 時頃)

咳： \_\_\_\_\_ 月 日くらいから \_\_\_\_\_ 鼻水： \_\_\_\_\_ 月 日くらいから

おなか(嘔吐・吐き気・下痢・腹痛)： \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 月 日くらいから \_\_\_\_\_ 吐き気止め使用(最後に使ったのは \_\_\_\_\_ 時頃)

発疹： \_\_\_\_\_ 月 日くらいから \_\_\_\_\_

その他： \_\_\_\_\_

②上記の症状で他の病院を受診しましたか？ いいえ ・ はい ( \_\_\_\_\_ 月 日 病院名 \_\_\_\_\_ )

③今、使用しているお薬はありますか？ ない ・ ある(お薬手帳をお持ちでしたら出してください)

④家族内でかかっている病気や園・学校で流行している病気はありますか？

家族( \_\_\_\_\_ ) 園・学校( \_\_\_\_\_ )

⑤今までにかかった大きな病気はありますか？ ない ・ ある(下にご記入ください)

けいれん ( \_\_\_\_\_ )回 \_\_\_\_\_ 才頃 ⇒熱 ( あった ・ なかった ) \_\_\_\_\_ ぜんそく \_\_\_\_\_ 才頃

手術( \_\_\_\_\_ 才頃、理由 \_\_\_\_\_ ) 入院( \_\_\_\_\_ 才頃、理由 \_\_\_\_\_ )

その他 \_\_\_\_\_

⑥アレルギーはありますか？

ない ・ ある ( 食品または薬品名： \_\_\_\_\_ 症状： \_\_\_\_\_ )

⑦出生状況を教えてください。

分娩( 正常 ・ 帝王切開 ) \_\_\_\_\_ 出生体重 \_\_\_\_\_ g 、 在胎( \_\_\_\_\_ )週

⑧予防接種で済んでいるものに○を付けてください。

BCG、三種混合(1回目・2回目・3回目・1期追加)、ポリオ(1回目・2回目)

ヒブワクチン(1回目・2回目・3回目・追加)、肺炎球菌ワクチン(1回目・2回目・3回目・追加)

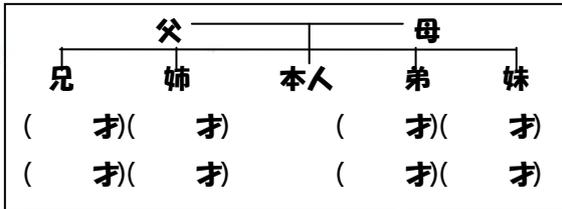
麻しん風しん混合(MR)ワクチン(第一期・第二期)

水痘、おたふくかぜ、日本脳炎(1回目・2回目・1期追加・二期)

⑨下記の病気の中で、すでにかかっているものはありますか？

麻疹(はしか)、風しん、水痘(みずぼうそう)、おたふくかぜ、突発性発疹

⑩家族構成を教えてください。また、ご家族で大きな病気にかかった方はいますか？



ぜんそく \_\_\_\_\_

アレルギー \_\_\_\_\_

けいれん \_\_\_\_\_

その他 \_\_\_\_\_

