

< 問 診 票 >

ふりがな :

氏 名 :

生年月日 : ( 昭和、平成 ) 年 月 日 ( 満 歳 ヶ月 )

現住所 :

電話番号 : ( 帰省先電話番号 : 方 )

-----  
以下のことはわかる範囲で結構ですので記入してください。

1. 本日の受診目的は？

- ① 発熱 ( 頃から、最高 ℃ )、
- ② 咳・鼻水 ( 頃から )、
- ③ 発疹 ( 頃から、部位 : 顔、 体、 手足、 おしり、 他 )
- ④ その他 ( )
- ⑤ 健診・検診 ( 歳 ヶ月 )
- ⑥ 予防接種 ( 希望 : )

2. 以下の質問にお答えください ( わからないところは空白で )

① 出生週数 : 週 日、 ② 出生体重 : g

③ 予防接種歴 ( 済みのものに ○ をつけてください )

- 1) 三種混合、
- 2) BCG、
- 3) ポリオ、
- 4) 麻疹・風疹 ( MR )、
- 5) 麻疹、
- 6) 風疹、
- 7) 水痘、
- 8) おたふく、
- 9) 二種混合、
- 10) その他 ( )

※ 今まで受けた予防接種で副作用はありましたか？ ( 有、 無 )

④ 今までに大きな病気をしましたか？ なければ未記入で。

⑤ お子さんのことで聞きたいことはありますか？

ご協力ありがとうございました。

はしもと赤ちゃんキッズクリニック