

# 問 診 票

診察券 No. \_\_\_\_\_

ふりがな \_\_\_\_\_ 年 齢 \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ カ月

※体 温 \_\_\_\_\_ °C

氏 名 \_\_\_\_\_ 男 ・ 女

※体 重 \_\_\_\_\_ kg

◎いつから、どんな症状がありますか？

※身 長 \_\_\_\_\_ cm

(※受診時記入)

食 欲 \_\_\_\_\_ ふつう ・ あまりない ・ まったくない

元 気 \_\_\_\_\_ ふつう ・ あまりない ・ まったくない

◎初めて受診する方は、以下もお書き下さい。

1. かかった病気・治療中の病気について

突発性発疹 熱性けいれん 水ぼうそう おたふくかぜ 川崎病

2. アレルギー（食物、アトピー、気管支喘息、花粉症）や薬での不具合はありませんか？

3. 予防接種について 接種済みに○をつけて下さい

ヒ ブ： 1, 2, 3, 追加 肺炎球菌： 1, 2, 3, 追加 B型肝炎： 1, 2, 3

4種混合： 1, 2, 3, 追加 ロタ( リックス, テック )： 1, 2, ( 3 ) BCG

麻しん風しん： 1, 2 水 痘： 1, 2 おたふくかぜ： 1, 2

日本脳炎： 1, 2, 追加, 2期 2種混合 パピローマ： 1, 2, 3



ハピネスこどもクリニック