

さくらやま小児科クリニック[問診票・初診]

年 月 日

ふりがな		生年月日	年齢
受診者氏名	男 女	H 年 月 日	歳 ヶ月
住所	〒		
電話番号		現在の体温 °C	体重 kg

1. 今日はどうのような症状ですか？

2. 症状はいつからですか？ [_____]から

3. 今までにかかった病気は何ですか？ [_____]

4. 現在服用している薬はありますか？ [ない ・ある(_____)]

5. 食品・薬のアレルギーはありますか？ [ない ・ある(_____)]

6. 今までに受けた予防接種を○で囲み、受けた回数をご記入ください。

[BCG・ポリオ(回)・三種混合(回)・四種混合(回)・二種混合・

麻疹風疹混合(回)・日本脳炎(回)・おたふくかぜ(回)・水ぼうそう(回)・

ヒブ(回)・小児用肺炎球菌(回)・ロタ(回)・B型肝炎(回)・

子宮頸がん(回)・インフルエンザ(回)]