≪問　診　票≫

年　　月　　日

フリガナ

お名前：　　様　　性別：男・女

生年月日：S／H　　年　　月　　日　　年齢：（　　歳　　ヶ月）

住　所：〒　　-

電話番号：自宅

緊急連絡先　　（母携帯・父携帯・祖父母宅・勤め先・その他）

身　長：　　㎝　　体　重：　　kg

今のお熱は　　℃

・お熱はありますか？　　なし・あり　（いつから　　最高　　℃）

・発疹は出ていますか？　　なし・あり

・あてはまる症状に±～＋＋＋をつけてください。

（少し± ・ ある＋ ・ ひどい＋＋ ・ とてもひどい＋＋＋）

咳	のど痛み	鼻水	喘鳴	腹痛	下痢	嘔吐	頭痛	水分摂取は？
					回/日	回/日		良好　まあまあ 少ない　母乳のみ あまりとれてない

☆喘鳴(ぜんめい)：息をするときに『ぜーぜー』または『ひゅーひゅー』いう音

・その他、気になる症状は？　　なし　・あり

（　　）

予防接種歴：・ﾛﾀｳｲﾙｽ　回　・B型肝炎　回　・4種混合　回　・ﾋﾌﾞ　回
・肺炎球菌　回　・BCG１回　・3種混合　回　・ﾎﾟﾘｵ　回
・MR（麻疹風疹）　回　・水痘　回　・おたふく　回
・日本脳炎　回　・DT　・その他（　　）

１ヶ月以内に感染症の子と接触していませんか？　していない　した（　　）

今までに大きな病気をしましたか？　いいえ　はい（　　）

アレルギーはありますか？　いいえ　はい（　　）

ご家族に喫煙される方はいらっしゃいますか？　いいえ　はい

出生時体重　：　　g

出産予定日より　早い　ほぼ予定日　遅い

出産時何か異常はありましたか？　いいえ　はい（　　）