

問診票 (小学生・中学生用)

年 月 日 記入

ふりがな

氏名 男・女 平成 年 月 日生

住所 〒

ご自宅の電話番号

保護者の緊急連絡先 (続柄 )

.....下記の質問にお答えください.....

\* 今日は、どのような症状もしくは相談があつて来院されましたか? 来院時体温 ℃

\* 現在の体重 kg

\* 現在治療中の病気がありますか?

なし あり (疾患名 薬の名前 )

\* 今までにかかった病気に○をつけてください。

突発性発疹 麻疹 (はしか) 水痘 (みずぼうそう) 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)
風疹 (三日はしか) 百日咳 肺炎 喘息 川崎病 心臓病 ( )
腎臓病 ( ) その他 ( )

\* 今までに手術をしたことがありますか?

なし あり (いつ: どの部位: )

\* 今までに輸血をしたことがありますか?

なし あり (いつ: なぜ: )

\* いままでに受けた予防接種に○をつけてください。

三種混合 (DPT: 百日咳・ジフテリア・破傷風)・1期 (1回目・2回目・3回目)・追加摂取
二種混合 (DT: ジフテリア・破傷風)

ポリオ.....生ワクチン (経口) の場合 (1回目・2回目)

不活化ワクチン (注射) の場合 (1回目・2回目・3回目・追加接種)

BCG (結核予防ワクチン) MR (麻疹・風疹) (1回目・2回目) 水痘 おたふくかぜ

Hib (ヒブ: インフルエンザ菌による髄膜炎).....1回目・2回目・3回目・追加接種

小児用肺炎球菌ワクチン (肺炎球菌による髄膜炎).....1回目・2回目・3回目・追加接種

日本脳炎.....1期 (1回目・2回目・追加接種)・2期

\* 下記のアレルギー体質で当てはまるものがあれば○をつけてください。

薬剤アレルギー (薬の名前: 症状: )

ワクチン接種後のアレルギー (ワクチンの種類: 症状: )

熱性けいれん (ひきつけ) 喘息 卵アレルギー じんましんが出やすい アトピー体質

母子手帳をお持ちの方は、この問診票といっしょに受付へお渡しください。裏面へ

