



初めての方向問診票

フリガナ				性別	男	女
お名前						
年齢	歳	生年月日	H.	年	月	日
住所	〒 -					
連絡先	自宅 - - / 携帯電話 - -					
体重	kg	平熱	℃			
集団生活	あり () 保育園・幼稚園 / まだ					
診療明細書	発行する			発行しない		

いまある症状に○をつけて、いつからかご記入ください。

症状	いつから	症状	いつから
発熱	(°C)	せき	
鼻水		腹痛	
のどの痛み		湿疹発疹	
吐く		下痢	
その他			

今までにかかった病気に○をつけてください。

突発性発疹	水ぼうそう	おたふく	けいれん
はしか	風しん	その他()	
アレルギー	あり() / なし		

お済みの予防接種に○をつけてください。わかる範囲で大丈夫です。

ヒブ	小児肺炎球菌	ロタ	B型肝炎	四種混合	BCG	水ぼうそう
MR (麻疹・風疹)	おたふく	日本脳炎	その他()			