問 診 票

診察券No.

ふりがな 年 齢 歳 ヵ月

※体 温 ℃

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

1. 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？
2. 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