

# 問診表

7/11カ+ .....

氏名 \_\_\_\_\_ (男・女)

住所 〒 -

生年月日 T・S・H 年 月 日 年齢 \_\_\_\_\_ 歳

電話番号 - -

携帯番号 - -

体温 発熱の場合 → \_\_\_\_\_ °C 体重 \_\_\_\_\_ Kg

中学生以下の方  
ご記入下さい。

発熱 ( ) から

咳 ( ) から

ぜいぜい ( ) から

鼻水 ( ) から

下痢 ( ) から

嘔吐 ( ) から

頭痛 ( ) から

のどの痛み ( ) から

腹痛 ( ) から

発疹 [全身・顔・胸・腕・背中・手・足]

その他(今日の症状・アレルギーなど)

服用中の薬(あればご記入下さい。)

※ 中学生以下の方ご記入下さい。

\*予防接種\* (今までに受けたワクチンに ○印をして下さい)

**BCG**

生ポリオ ( 1回 2回 )      不活化ポリオ(1回 2回 3回 追加)

三種混合 ( 1回 2回 3回 追加)

4種混合 ( 1回 2回 3回 追加)

M R 1期・2期

日本脳炎 1期(1回 2回 追加) 2期

おたふく                      水痘

ヒブ                      回目まで      肺炎球菌                      回目まで