



ゆかチルドレンズクリニック

YUKA CHILDREN'S CLINIC

★初めての方用 問診票

おなまえ			
年齢	才	か月	体重 k g
集団生活	まだ・あり ※ありの方は下記もご記入ください。		
	保育園・幼稚園		
	小学校・中学校		

★いまある症状に○をつけてください。

せき		発疹	
はな水		耳の下の痛み・はれ	
のどの痛み		発熱	°C(平熱 °C)
はく		ご機嫌	よい・わるい
腹痛		食欲	ある・ない
下痢		水分	とれる・とれない
その他心配な事			

★今お使いのお薬はありますか？

あり () なし

★合わないお薬はありますか？

あり () なし

★今までにかかったお病気はありますか？

はしか ・ 風疹 ・ 水ぼうそう ・ おたふく
ぜんそく ・ アトピー ・ アレルギー
けいれん (回、その時お熱はありましたか？ 有・無)
その他 ()

★予防接種はすみしましたか？

ヒブ・肺炎球菌・B型肝炎・4種混合・BCG・MR・水ぼうそう
日本脳炎・3種混合・2種混合・ポリオ・ロタ・おたふく
はしか・風疹・その他 ()