

お手数ですが、はじめて当院を受診される方は記入をお願いします

令和 年 月 日

かめだこどもクリニック問診表

ふりがな			
患者氏名	男 女	年齢	才 ヶ月
今日はどうされましたか			
アレルギーはありますか ない ある どのような症状がありますか () 食べ物で発疹がでたことがある () () 薬で発疹がでたことがある () () アトピー性皮膚炎 () 喘息 () 花粉症 その他 ()			
今飲んでいる薬はありますか ない ある ()			
身長	cm	体重	kg
予防接種の終わったものに○をつけてください (実際にかかったものは裏で記入してください) H i b : 1回・2回・3回・追加 肺炎球菌 : 1回・2回・3回・追加 B型肝炎 : 1回・2回 3回 四種混合 (DPT+ポリオ) : 1回・2回・3回・追加 三種混合 (DPT) : 1回・2回・3回・追加 生ポリオ : 1回・2回 不活化ポリオ : 1回・2回・3回・追加 BCG MR : 第1期・第2期 水痘 : 1回・2回 日本脳炎 : 1回・2回・追加・第2期 DT ロタ : 1回・2回・3回 おたふく : 1回・2回			
裏へ続きます			

