問診票

フリガナ 氏　名	体重を記入してください kg	性別　男 ・ 女
生年月日　平成・令和　年　月　日　歳　カ月		
住　所	電話番号:	

今までに かかった病気	麻しん(はしか)、風しん、おたふくかぜ、水ぼうそう、突発性発疹、百日咳、川崎病 アトピー性皮膚炎、アレルギー性鼻炎、アレルギー性結膜炎、気管支喘息、腎臓病、 心臓病、その他(　　)
今までにひきつけをを起こしたことはありますか	なし・あり(熱性: はい ・ いいえ 、　回) 最終 (　年　月)
薬や食物のアレルギーはありますか？	なし ・ あり (原因:　)
この1カ月以内に海外旅行へ行きましたか	はい ・ いいえ いつ(　) どこへ(　)
病院にかかっていますか？ いいえ・はい ☞	岡崎市民病院・こども発達センター・三河青い鳥・あいち小児・安城更生・ 藤田医大岡崎医療センター・耳鼻科・皮膚科
かかりつけ医はありますか？	(　) 小児科orクリニック

いちばん気になる症状または心配な症状には「✔」をつけて記載してください。

□	37.5℃以上の発熱: (　月　日、　時頃)	家族に熱の人:(います・いません) **下の熱形表にも記載してください。**
□	咳 :(　月　日から)	
□	鼻 水:(　月　日から)	
□	下 痢:(　月　日、朝、昼、夜から)	(　)回/日、血便:(無 ・ 有)
□	嘔 吐:(　月　日、朝、昼、夜から)	今までに(　)回
□	腹 痛:(　月　日、朝、昼、夜から)	
□	痛 み:(　月　日、朝、昼、夜から)	部位:
□	発疹:無・有(　月　日から)	赤い ・ 紫 ・ 水ほう ・ かゆみ

体温	月 日			月 日			月 日			月 日			月 日			月 日			月 日		
	朝	昼	夜	朝	昼	夜	朝	昼	夜	朝	昼	夜	朝	昼	夜	朝	昼	夜	朝	昼	夜
40℃																					
39℃																					
38℃																					
37℃																					
36℃																					