

時 分

# たていし小児科 問診票

No \_\_\_\_\_

ふりがな	身長	cm	体重	kg
名前	(男・女)			
生年月日	平成	年	月	日 ( 歳 カ月)
住所				
電話番号				

体温 \_\_\_\_\_ 度



本日はどうされましたか



予防接種の状況を聞かせて下さい (下記のみでOK)

BCG

三種混合 I期 1回目・2回目・3回目・追加 II期

MR (麻疹・風疹) I期 II期

ムンプス (流行性耳下腺炎) 水痘 (みずぼうそう)

ヒブ 1回目・2回目・3回目・追加

小児用肺炎球菌 1回目・2回目・3回目・追加



今までの、入院を要するような病気、定期受診している病気について教えてください。



その他 何か気になることがあればご記入ください。

ありがとうございました。

月 日 時 分