

# 問診票（ワクチン・健診用）

令和 年 月 日

※保険証をスキャンさせていただきますのでご了承ください。

フリガナ 名前	男・女	生年月日	平成・令和 年 月 日
		年齢	歳 月
住所	(〒 - )		
電話番号	( - - ) 付き添い ( )		
通園（通学）	保育園・幼稚園・小学校・中学校		

1. いま、飲んでいる薬はありますか？

いいえ

はい →お薬手帳があればお出してください。  
→お薬手帳がない方は薬をご記入ください。

2. 3日以内に37.5℃以上の発熱がありましたか？

いいえ

はい ( / °C )

3. 薬や食べ物のアレルギーはありますか？

いいえ

はい 薬 ( ) ・ 食べ物 ( )

4. 出生体重 ( g ) ※1歳未満の方のみ記入

5. 今までにかかった病気はありますか？ ( ない ・ ある )

ある方のみ

6. 予防接種や健診以外で診察を希望しますか？ ( いいえ ・ はい )

ある方のみ