令和　年度

問 診 票

新学年	児童名	平熱

●慢性的な病気はありますか？　・ある　　・ない

◎ある方はどんな病気ですか。（例・・・アレルギー性鼻炎、喘息、アトピー等）

◎定期的に通院していますか。（どちらかに〇をつけて下さい）

・している（どのくらいの頻度ですか　　）　　・していない

◎薬の服用はありますか。・ある　　・ない

・飲み薬　　・付け薬（使用回数1日　　回）　　・その他

◎入院したことがありますか。（ある方はどんな病気で入院しましたか。）

・ある（　　）　　・ない

◎手術したことがありますか。（ある方はどんな手術をしましたか。）

・ある（　　）　　・ない

◎今までにかかった病気に〇をつけて下さい。

・麻疹（はしか）・風疹（三日はしか）　・肺炎　　・喘息

・気管支炎　・手足口病　・水痘（水ぼうそう）

・流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）　・りんご病　　・水いぼ

・中耳炎　・じんましん　・熱性けいれん

・結膜炎（ アレルギー性 ・ 流行性 ）　・その他（　　）

◎現在までに受けた予防接種を〇で囲んで下さい。（回数もわかる場合は記入して下さい）

・四種混合（ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ）　・BCG

・麻疹・風疹　・日本脳炎　・水痘

・ヒブワクチン　・肺炎球菌　・B型肝炎

その他

・おたふくかぜ　・ロタ　・その他

◎現時点で食べ物に関してアレルギーはありますか　・ある　・なし

ある方はアレルゲンは何ですか。（　　）

症状・・・

アレルギーが出た時の対処法・・・

◎その他　（心配なこと、知らせておきたいこと等）