

初診問診票

(はじめて・ひさしぶりに受診された方)

身長	体重	体温
cm	kg	℃

受診日 年 月 日 記入者 母 ・ 父 ・ その他()

氏名	ふりがな	男 ・ 女	生年	平成	年	月	日
			月日	(年齢: 歳 ヶ月)			
通園・通学先	<input type="checkbox"/> まだ通っていない						
住所	〒 -						
連絡先	① () ② () ③ ()						

※ 連絡先の電話番号(自宅・携帯・実家など)については、最低でも2か所をご記入ください。

① いつから、どのような症状がみられていますか？

いつから？

発熱(℃) ・ 咳 ・ 鼻水 ・ 目やに ・ のどが痛い ・ 発疹(ほっしん) ・ 頭が痛い
腹痛 ・ おう吐 ・ 下痢 ・ その他()

② 病歴

・次のアレルギー疾患のうち、今までに指摘されたものはありますか？

気管支喘息(疑いも含む) ・ アトピー性皮膚炎(疑いも含む) ・ アレルギー性鼻炎(疑いも含む) ・ アレルギー性結膜炎
食物アレルギー(原因食品:)

・以下の病気にかかったことや、その他に健康上の問題を抱えたことはありますか？

水ぼうそう ・ おたふくかぜ ・ 溶連菌感染症 ・ 突発性発疹 ・ 川崎病 ・ 尿路感染症 ・ ひきつけ
薬や注射による異常反応(医薬品名とその症状:)
発達上の問題() ・ その他()

・妊娠・出産時に何か異常がありましたか？ いいえ ・ はい()

・ご家族でアレルギー疾患の方はいらっしゃいますか？ いいえ ・ はい()

・現在使用している薬はありますか？ いいえ ・ はい()

・希望される薬の剤型はどれですか？ シロップ 粉 錠剤

・解熱鎮痛剤は希望されますか？ 不要 坐薬 粉 シロップ 錠剤



キッズクリニック田子

Kid's Clinic Tago