

初診問診票 (はじめて・ひさしぶりの方)

受診日 年 月 日

氏名	ふりがな	男女	生年月日	平成・令和 年 月 日	身長	体重	体温
				(年齢: 才 か月)	cm	kg	°C
(幼稚園・保育園・小学校・中学校/ 年生)							
住所 〒 -							
・携帯番号 () ・電話番号 ()							

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?	月	日
発熱(°C) ・ せき ・ 鼻水 ・ 鼻食欲がない ・ 頭痛 ・ のどの痛み ・ 腹痛 おう吐 ・ 下痢 ・ 発疹 ・ その他()		

②病歴

- ・ 注射や薬で異常を起こしたことがありますか? はい ・ いいえ ()
- ・ 次のアレルギー性疾患のうち、今までに指摘されたものはありますか?
 気管支喘息 ・ アトピー性皮膚炎 ・ じんましん ・ 花粉症 ・ 鼻炎 ・ 食物アレルギー()
- ・ 今までにかかった病気はありますか?
 突発性発疹 ・ はしか ・ 水ぼうそう ・ おたふく ・ 風しん ・ 百日咳 ・ ひきつけ
 その他()
- ・ お子様は病気をお持ちですか?
 また、現在飲んでいる薬はありますか? はい ・ いいえ

※処方内容がわかるお薬手帳などをお持ちください。

かかりつけの医療機関 _____ 病院 ・ 医院

- ・ 妊娠中・出産中に何か異常はありましたか? はい ・ いいえ ()
- ・ 乳児健診で何か異常を指摘されたことはありますか? はい ・ いいえ ()

③希望の薬はありますか? 粉 ・ シロップ ・ 錠剤

④家族で現在病気の方はいらっしゃいますか? はい ・ いいえ

⑤その他の質問などありましたらどうぞ ()



さくら小児科