

# 初診問診票

ふりがな

お名前 ( ) 性別 男 女

生年月日 (西暦 年 月 日 生まれ) 年齢 ( 才 ヶ月)

住所 〒

連絡先 携帯 (お名前 続柄 )

自宅

体温 ( ) °C 体重 ( ) kg 身長 ( ) cm

本日の症状は? 咳 ・ 鼻汁 ・ 発熱 ・ 下痢 ・ 嘔吐 ・ 吐き気 ・ 頭痛 ・ 喉痛 ・  
腹痛 ・ 関節痛 ・ 食欲低下 ・ 便秘 ・ 湿疹

その他 ( )

いつからですか? ( 月 日 朝 ・ 昼 ・ 夜 から )

これまで大きな病気をされたことはありますか? ( ない ・ ある: )

薬や食べ物でアレルギーはありますか? ( ない ・ ある: )

ご家族でアレルギー体質の方はいらっしゃいますか? ( いない ・ いる )

今飲んでいる薬はありますか? ( ない ・ ある: お薬手帳があればお出しください )

お薬の希望は? ( 粉薬 ・ 錠剤 ・ シロップ ・ 座薬 ・ 貼り薬 )

解熱剤の処方? ( 不要 ・ 要 ) ( 粉薬 ・ 錠剤 ・ シロップ ・ 座薬 )

張り薬でかぶれたことがありますか? ( ある ・ ない )

内服のご希望は? ( 1日3回 ・ 1日2回 ・ その他 )

今まで次のような病気にかかったことがありますか?

麻疹 ・ 風疹 ・ 水ぼうそう ・ おたふくかぜ ・ 突発性発疹 ・ 気管支喘息 ・ 花粉症 ・ アトピー性皮膚炎

ひきつけ・痙攣 ( 熱あり ・ なし、 才から 回、 最終 年 月頃)

他の病気で通院中の病院がありますか? (かかりつけ医: )

当クリニックを何でお知りになりましたか? ( 近所 ・ HP ・ 家族知人の紹介 ・ 看板 )