

はじめて受診される方の問診票

ID

受診日

ふりがな	男・女	生年月日		
お名前		年	月	日
住所 〒 -	電話番号			
	自宅 ()			
	携帯番号 ()			
() 人きょうだいの () 番目	学校・幼稚園・保育園 ()			
現在の体温 ℃	現在の体重 kg			

●本日はどのような症状で来院されましたか。あてはまる項目にチェックをつけてください。

☐ 1か月以内の渡航歴はありますか。 いいえ ・ はい (どこに)

☐ 発熱 月 日 から 最高 ℃

☐ 咳 月 日 から

☐ たん ☐ コンコン ☐ ゴホゴホ ☐ ゼーゼー ☐ ケンケン

☐ 鼻水 月 日 から ☐ 水鼻 ☐ 青鼻 ☐ 鼻づまり

☐ 痛み 月 日 から ☐ 頭 ☐ のど ☐ おなか ☐ 耳 ☐ その他 ()

☐ 吐く 月 日 時 から 回 最終 月 日 時

☐ 下痢 月 日 から 1日 回

☐ 発疹 月 日 から ☐ 頭・顔・首 ☐ 胸・おなか・背中 ☐ 手足 ☐ おしり

★発疹があるお子様 ⇒ 水ぼうそうに罹ったことはありますか。 はい ・ いいえ

☐ その他の症状 ()

●以下のことについてお分かりになる範囲でご記入ください。

【1】出産・発育

①妊娠 () 週に () g で出生

②今までに健診で異常を指摘されたことはありますか。 いいえ ・ はい ()

【2】アレルギーはありますか。 なし ・ あり ・ わからない

食物 () ダニ・ホコリ・花粉・動物・その他 ()

【3】お子様が今までにかかった病気に○をつけてください。

喘息性気管支炎・中耳炎・水ぼうそう・おたふくかぜ・熱性けいれん

突発性発疹症・アトピー性皮膚炎・アレルギー性鼻炎・その他 ()

【4】今までにお薬を飲んで具合が悪くなったこと・お薬のアレルギーはありますか。

いいえ ・ はい ・ わからない 薬の名前がわかる方は教えてください ()

【5】①現在、他の医療機関を受診していますか。 はい ・ いいえ

②現在、薬を処方されていますか。 はい ・ いいえ

薬の名前 () ☆お薬手帳をお持ちでしたら診察時に出してください☆

【6】その他、ご希望・相談したいことがあればお書きください。

(例) 解熱剤が欲しい。座薬がほしい。など

お薬の希望 : ☐ 粉 ☐ シロップ ☐ 錠剤

薬の回数 : ☐ 1日2回 ☐ 1日3回

鼻吸引の希望 : ☐ あり ☐ なし