

# 初診問診票

ふたばこどもクリニック

日付 平成 年 月 日

フリガナ

お名前 \_\_\_\_\_ (男・女) 平成 年 月 日生 ( 歳 ヶ月)

ご住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_ 携帯電話番号 \_\_\_\_\_

通園・通学先 \_\_\_\_\_

現在の体温 \_\_\_\_\_ °C

体重 \_\_\_\_\_ Kg

1. 主な症状に○をつけてください。

- ・ 発熱 ・ せき ・ たん ・ 鼻水 ・ 鼻づまり ・ のどの痛み ・ 喘鳴 (ゼイゼイする)
- ・ 腹痛 ・ 下痢 ・ 吐き気 ・ 嘔吐 ・ 便秘 ・ 頭痛 ・ けいれん ・ 四肢関節の痛み
- ・ 胸痛 ・ 耳の下の腫れ ・ 耳痛 ・ 耳だれ ・ 目やに ・ 発疹
- ・ その他 ( )

2. これらの症状はいつ頃から始まりましたか？

3. 上記症状で他の医院などで診察を受けましたか？  はい ( 月 日)  いいえ

4. お薬は飲んでいますか？  はい (当院 ・ 他院)  いいえ  
(お薬の名前 )

5. 今までかかったことのある病気に○をつけてください。

- ・ 熱性けいれん ・ ぜんそく ・ 食物アレルギー ・ アトピー性皮膚炎 ・ 心臓病
- ・ 尿路感染症 ・ 突発性発疹 ・ 麻疹 (はしか) ・ 風疹 ・ 水痘 (みずぼうそう)
- ・ おたふくかぜ ・ 花粉症 (またはアレルギー性鼻炎・結膜炎)
- ・

6. 今まで入院したことのある方は教えて下さい。

①病名 \_\_\_\_\_ ・ いつ頃 \_\_\_\_\_

②病名 \_\_\_\_\_ ・ いつ頃 \_\_\_\_\_

8. 薬や食べ物に対するアレルギーのある方は教えて下さい。

原因 ( )

9. 当院に受診されたことのあるご兄弟・ご姉妹がいれば、お名前を教えてください。

(お名前 \_\_\_\_\_)

☆診療内容の明細書発行を希望されますか？

はい  いいえ