



# 初診問診票



記入日 年 月 日

|  |                                |                     |
|--|--------------------------------|---------------------|
| 名前（カタカナ）<br>_____（男・女）   |                                | 生年月日<br>昭和・平成 年 月 日 |
| 住所 〒 _____   |                                | 電話番号<br>自宅<br>携帯    |
| 出生体重 _____ g   | 兄弟の有無 はい（[ ]人兄弟の[ ]番目）・いいえ     |                     |
| アレルギー  | 食べ物（ ）・薬（ ）<br>その他（ ）・無しもしくは不明 |                     |
| 通園・通学先   | （ ）・集団生活なし                     |                     |
| 今までかかった病気に○をつけてください<br>突発性発疹・みずぼうそう・おたふくかぜ・ロタ・ノロ・気管支喘息・川崎病・マイコプラズマ・<br>アナフィラキシーショック・アトピー性皮膚炎・無熱性けいれん・熱性けいれん・尿路感染症・腎炎<br>その他（ ） |                                |                     |
| 入院歴・手術歴 病名（ ） いつ頃（ ）   |                                |                     |

|  |                              |
|--|------------------------------|
| 体重 _____ kg                              |                              |
| 現在内服中のお薬はありますか                           | はい（ ）・いいえ                    |
| 周囲で流行の病気はありますか                           | 保育園・幼稚園・学校・家庭内<br>はい（ ）・いいえ  |
| お薬の形態の希望順位を記入して下さい<br>（可能な範囲で対応します）      | シロップ（ ） 散剤（ ）<br>坐薬（ ） 錠剤（ ） |
| 鼻吸いを希望しますか                               | はい ・ いいえ ・ お任せ               |
| 本日はどのような主訴で来院しましたか<br><br>_____          |                              |
| 当てはまる症状に○をつけてください                        |                              |
| 発熱 _____ 月 _____ 日 _____ 時から（最高 _____ 度） | 解熱 _____ 月 _____ 日 _____ 時～  |
| 咳 _____ 月 _____ 日～                       | 鼻水 _____ 月 _____ 日～          |
| 喀痰 _____ 月 _____ 日～                      | 喘鳴 _____ 月 _____ 日～          |
| 頭痛 _____ 月 _____ 日～                      | 咽頭痛 _____ 月 _____ 日～         |
| 嘔吐 _____ 月 _____ 日～ _____ 回              | 下痢 _____ 月 _____ 日～ _____ 回  |
| 腹痛 _____ 月 _____ 日～                      | 発疹 _____ 月 _____ 日～          |
| その他（ ） _____ 月 _____ 日～                  |                              |

