



# 初診問診票



記入日 年 月 日

名前（カタカナ） _____（男・女）		生年月日 昭和・平成 年 月 日
住所 〒 _____		電話番号 自宅 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（ ） 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 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・ 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 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 はい（ ）・いいえ
お薬の形態の希望順位を記入して下さい （可能な範囲で対応します）	シロップ（ ） 散剤（ ） 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  _____	
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～	

