

問診票

診察券No. _____

記入日： 年 月 日

フリガナ		男・女	生年月日
氏名			昭・平・令 年 月 日 (才 ヶ月)
住所※	〒 -	電話番号※	()

※住所、お電話番号は初診の方のみ

体重	kg	本日の体温	℃
----	----	-------	---

本日はどうなさいましたか？当てはまるものにチェックをつけてください。

- 熱（最高体温 ℃） 鼻水・せき ゼイゼイする 頭痛 腹痛 下痢
吐き気・嘔吐 便秘 発疹 アレルギーの相談 夜尿(おねしょ)
その他 ()

症状はいつ頃からありますか？ 約 () 日・週間・ ヶ月・ 年前から

ご家族で同じ症状の方はいますか？2週間以内に新型コロナウイルスに感染された方はいますか？。

- いいえ はい ()

保育園、幼稚園、学校で流行している病気はありますか？(わかる範囲で結構です)

- 特にない RSウイルス 溶連菌 胃腸炎 手足口病 ヘルパンギーナ
プール熱 水痘(水ぼうそう) おたふくかぜ インフルエンザ
新型コロナウイルス その他 ()

これまでにかかった病気はありますか？また、現在処方されている薬があれば教えてください。

ご希望のお薬の形状(複数回答可) シロップ 粉薬 錠剤またはカプセル

食べ物やお薬、注射などでじんましんなどのアレルギーが出たことはありますか？

- なし 食べ物 () 薬 ()

出生時の様子を教えてください ※初めての方のみ

出生体重 () g・在胎週数 () 週 () 日 正常分娩 異常分娩 帝王切開

ご希望される項目があれば選択してください

- お薬の変更 検査 文書(治療証明書、アレルギー指示書など)
その他 ()



あおぞら こどもクリニック
小児科・アレルギー科

※ご協力ありがとうございました。