

初診問診票

ふりがな()

◆現在の熱(度 分)

◆お子様のお名前()年齢(歳) 性別(男 ・ 女) 体重(kg)

◆差し支えなければ通園・通学先をご記入ください()

◆生まれた時の体重(g)

◆症状についてご記入ください

熱	ある ・いつから(1 ・2 ・3 ・4 ・5 日前から)	なし
咳	ある ・ゼイゼイ(する ・ しない)	なし
鼻汁	ある	なし
鼻づまり	ある	なし
のどの痛み	ある	なし
頭痛	ある	なし
発疹	ある ・部位(顔 ・全身 ・手 ・足 ・その他) いつから()	なし
アレルギー	ある ・食べ物()	なし
	・薬()	
	・その他()	
耳の痛み	ある ・部位(左・右)・耳鼻科に通院中ですか(はい・いいえ)	なし
下痢	ある ・便の色() いつから() ・回数(回/日)	なし
嘔吐	ある ・いつから() ・回数(回/日)	なし
腹痛	ある ・いつから()	なし

ひきつけを起こしたことはありますか	ある ・最終月日()	なし
継続して飲んでいる薬はありますか	はい()	いいえ
家族の中に喘息の方はいらっしゃいますか	はい()	いいえ
健診時に何か異常を指摘されたことはありますか	はい()	いいえ
お薬のご希望はありますか	水薬 ・ 粉薬 ・ 錠剤	
服用回数のご希望はありますか(お薬の内容によってはご希望に添えない場合があります)	1日2回 ・ 1日3回	

◆その他



◆当院をどちらでお知りになったか教えてください(当てはまるものに○をつけてください)

(ホームページ ・ 他院からの紹介 ・ 知人からの紹介 ・ 通りがかりに知った ・ その他)