



初診問診票



ふりがな
氏名： _____ (男・女) 受診日：平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

生年月日：平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 年齢： _____ 歳 _____ カ月

通っている学校・幼稚園・保育園： _____

住所：〒□□□□-□□□□ _____

自宅電話： _____ 携帯電話： _____ (母・父・その他 _____)

妊娠中・出生時についてお伺いします

★妊娠中・出生時の異常 (なし ・ あり) _____)

★在胎週数 (_____ 週 _____ 日) ★出生体重 (_____ g) ★生まれた病院 (_____)

今までにお子様がかかれた病気についてご記入ください

①大きな病気、入院、手術の経験はありますか？

時期：(_____) 病名 (_____)

②アレルギーはありますか？ あれば○をつけてください。

喘息 ・ 鼻炎 ・ アトピー性皮膚炎 ・ 食物 ・ 薬剤 ・ その他 (_____)

原因物質 (_____)

③下記の中にかかったことのある病気はありますか？ あれば○をつけてください。

麻疹 ・ 風疹 ・ 水痘 ・ おたふく ・ 百日咳 ・ けいれん ・ その他 (_____)

④普段通院している病院をご記入ください。(医院名： _____)

家族構成についてお伺いします

★ご兄弟 (_____ 人中 _____ 人目)

・名前： _____ (男・女) 年齢： _____ 歳 ・名前： _____ (男・女) 年齢： _____ 歳

★大きな病気、入院、手術をされた方はいますか？ (いいえ ・ はい) _____)

★ご家族にアレルギーはありますか？ あれば○をつけてください。

喘息 ・ 鼻炎 ・ アトピー性皮膚炎 ・ 食物 ・ 薬剤 ・ その他 (_____)

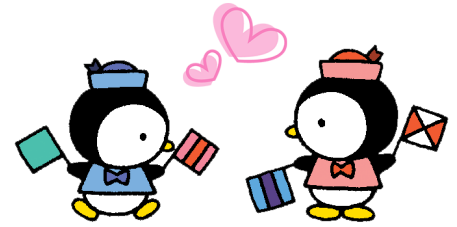
当院をどのようにしてお知りになりましたか？

知人から聞いて ・ 家族が受診 ・ 他の施設から紹介 (施設名： _____)

自宅が近い ・ 駅の看板 ・ 当院ホームページ ・ Facebook ・ その他 (_____)



問診票



ふりがな
氏名： _____ (男・女) 年齢： _____ 歳 _____ 力月

体温： _____ °C 1か月以内の体重： _____ kg (※薬の量が変わりますので出来るだけ正確にご記入下さい)

本日の緊急連絡先 (携帯番号)： _____ - _____

本日はどうされましたか？

- ★診察 (①前回の続き：改善・不変・悪化 ②前回とは別の症状 ③定期受診 ④検査結果説明)
希望 (いつものお薬 ・ お薬変更 ・ 検査 ・ 治癒証明書 ・ 鼻吸引 ・ その他)

どんな症状がありますか？

前回の続きで受診の方

①前回受診後からの症状の経過についてご記入ください。

②その他症状や気になること等をご記入ください。

前回とは別の症状で受診の方 (初めての方)

①症状がある項目全てに○をつけてください。

発熱 (最高： _____ °C) ・ 鼻水 ・ 咳 ・ 肌のぶつぶつ

嘔吐 (1日 _____ 回程度) ・ 下痢 (1日 _____ 回程度) ・ 腹痛 ・ その他 (_____)

②いつからどのような症状があるかをご記入ください。

③周りで流行している感染症などがあればご記入ください。(病名： _____)

当院以外での受診があればご記入ください

①すでに診断を受けている病名はありますか？ (病名： _____ 時期： _____ 頃から)

②他院で処方されているお薬はありますか？ (ある ・ ない)

他に相談したい内容があればご記入ください