初診問診票

ふりがな			ご住所	〒(　　－　　)
お名前		男 女		
年齢	(　　)歳(　　)ヵ月			
生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日			
電話	(　　)		携帯電話	

1、出生時

（妊娠　　週　　g）

2、出生時のことで伝えておきたいこと

(　　)

3、今までにかかった病気に〇をつけてください。

気管支炎 ・ ぜんそく ・ 肺炎 ・ その他(　　)

熱性けいれん（計　　回）

無熱性けいれん（計　　回）、 抗けいれん剤の使用: 無 ・ 有 （薬名:　　）

4、入院したことはありますか　いいえ ・ はい （はいの方は以下ご記入ください）

病名:(　　)いつごろ:(　　)

現在も定期的に通院していますか？　いいえ・ はい （病院名:　　）

5、食物アレルギーの有無　ない ・ ある （食品名:　　)・ わからない

6、薬に対するアレルギーの有無　ない ・ ある （薬名:　　)・ わからない

本日（診察日）の症状について

現在の体重＿＿＿＿＿kg　体温＿＿＿＿＿℃

現在飲んでいる薬はありますか？　ない ・ ある （くすり　　）

症状はいつからですか？　□今日　□きのう　□2 日前　□3 日前　□4 日以上前

症状は？　□発熱　□せき　□はな　□たん　□ゼーゼー　□のどの痛み

□頭痛　□腹痛　□嘔吐　□下痢　□肌の症状

□発疹 (顔 ・ あたま ・ おなか ・ 背中 ・ 手 ・ 足 ・　　)

→□ 周囲に水痘のお子さんがいます

本日解熱剤の処方はご希望ですか？

□ 希望しません　□希望します(座薬 ・ こな ・ 錠剤)

その他何かあればご記入ください