

受付者印

# はじめて受診される方の問診票

ID

受診日

ふりがな	男・女	生年月日
お名前		年 月 日
住所 〒 -	電話番号	
	自宅 ( )	
	携帯番号 ( )	
( ) 人きょうだいの ( ) 番目	学校・幼稚園・保育園 ( )	
現在の体温 °C	現在の体重 kg	

●本日はどのような症状で来院されましたか。あてはまる項目にチェックをつけてください。

1か月以内の渡航歴はありますか。 いいえ ・ はい (どこに )

発熱 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から 最高 \_\_\_\_\_ °C

咳 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から

たん  コンコン  ゴホゴホ  ゼーゼー  ケンケン

鼻水 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から  水鼻  青鼻  鼻づまり

痛み \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から  頭  のど  おなか  耳  その他 ( )

吐く \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 時頃から \_\_\_\_\_ 回 最終 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 時頃

下痢 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から 1日 \_\_\_\_\_ 回

発疹 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から  頭・顔・首  胸・おなか・背中  手足  おしり

★発疹があるお子様 ⇒ 水ぼうそうに罹ったことはありますか。 はい ・ いいえ

その他の症状 ( )

●以下のことについてお分かりになる範囲でご記入ください。

【1】 出産・発育

①妊娠 ( ) 週に ( ) gで出生

②今までに健診で異常を指摘されたことはありますか。 いいえ ・ はい ( )

【2】 アレルギーはありますか。 なし ・ あり ・ わからない

食物 ( ) ダニ・ホコリ・花粉・動物・その他 ( )

【3】 お子様が今までにかかった病気に○をつけてください。

喘息性気管支炎・中耳炎・水ぼうそう・おたふくかぜ・熱性けいれん

突発性発疹症・アトピー性皮膚炎・アレルギー性鼻炎・その他 ( )

【4】 今までにお薬を飲んで具合が悪くなったこと・お薬のアレルギーはありますか。

いいえ ・ はい ・ わからない 薬の名前がわかる方は教えてください ( )

【5】 ①現在、他の医療機関を受診していますか。 はい ・ いいえ

②現在、薬を処方されていますか。 はい ・ いいえ

薬の名前 ( ) ☆お薬手帳をお持ちでしたら診察時に出してください☆

【6】 その他、ご希望・相談したいことがあればお書きください。

(例) 解熱剤が欲しい。座薬がほしい。など

お薬の希望 :	<input type="checkbox"/> 粉 <input type="checkbox"/> シロップ <input type="checkbox"/> 錠剤
薬の回数 :	<input type="checkbox"/> 1日2回 <input type="checkbox"/> 1日3回
鼻吸引の希望 :	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし