

初診問診表

日付印

フリガナ

患者氏名: (男・女) 生年月日: S・H 年 月 日

住所: 〒 - (歳 ヲ月)

県 都 道 府

自宅電話番号: () 携帯電話番号: ()

現在の体温: °C 体重: kg

1. 今日どのような症状で来院されましたか？

発熱 ・ 咳 ・ のどの痛み ・ 鼻水 ・ 腹痛 ・ 下痢 ・ 嘔吐 ・ 頭痛

※発疹 水ぼうそうの疑いがありますか？ はい ・ いいえ

おたふくの疑いがありますか？ はい ・ いいえ

その他()

2. その症状はいつ頃から始まりましたか？

()

3. 今までに、けいれんを起こしたことはありますか？ はい (初回 歳頃) ・ いいえ

『はい』の方 … けいれんを起こしたときに熱はありましたか？ はい ・ いいえ

4. 今までに、薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか？ はい ・ いいえ

『はい』の方 … アレルギーを起こした薬や食べ物の名前がわかりましたらご記入ください。

() () () ()

5. 今までに、かかったことのある病気を教えてください。

喘息 (歳 ヲ月) ・ 花粉症 (歳 ヲ月)

アレルギー性鼻炎 (歳 ヲ月) ・ アトピー性皮膚炎 (歳 ヲ月)

6. その他の大きな病気をしたことはありますか？ はい ・ いいえ

『はい』の方 … その病名がわかりましたらご記入ください。

() ()

7. 今までに、ご家族の中で下記の病気にかかった方はいらっしゃいますか？

喘息 ・ 花粉症 ・ アレルギー性鼻炎 ・ アトピー性皮膚炎

8. お薬が処方された場合、1日3回服用できますか？ はい ・ いいえ

10. お薬の種類にご希望はありましたら、ご希望の種類に○をつけてください。

粉 ・ シロップ ・ 錠剤 ・ 特になし