

初診問診票

ふりがな		男・女	昭和	年 月 日生			歳	ヶ月
お名前			平成					
ご住所	〒 ー							
電話番号	【携帯】		-	-	【自宅】		-	-

わかる範囲でご記入をお願いいたします。ご不明な部分は空欄でかまいません。

- 1) 来院のきっかけはなんですか？
 ホームページ ・ 近所 ・ 知人紹介 () ・ 兄弟受診あり ・ その他 ()
- 2) 当院以外にかかりつけの病院はございますか？
 なし・あり ()
- 3) 通われている保育園、幼稚園、学校はどちらですか？
 () 保育園・幼稚園・小学校・中学校・高校・その他 ()
- 4) 24 時間以内に 37.5℃以上の発熱はありましたか？(いいえ/はい: °C・いつから: 月 日 時頃)
 ご家族にコロナやインフルエンザ陽性者はいらっしゃいますか？ (いいえ / はい)

5)

来院時の体温: _____ °C

症状:

体重 (15歳までの方)

_____ kg

- 6) 処方するお薬の形状にご希望はありますか？ 希望なし ・ 錠剤 ・ 粉 ・ シロップ
- 7) 【※女性の方のみ】 ① 妊娠の可能性 なし・あり (ヶ月) ・ ② 授乳中 (いいえ/はい)
- 8) 現在、服用されている薬はありますか？ なし・あり ※ありの方はお薬手帳をご用意ください
 (薬品名: _____ 処方された病院名: _____)
- 9) 今までにかかったことのある病気はありますか？ (例: 気管支喘息、けいれんなど)

病名	発症年齢	かかられた病院

10) アレルギーはありますか？※食品名は詳細をご記入ください (例: 卵→ボイルはいいが生がダメ)

食品・薬等の名前	発症年齢	症状	かかられた病院

11) 生まれた時の状況

- ・在胎 週 日 ・出生体重 g
- ・妊娠中や出生時に異常はありましたか？ なし・あり ()

ご記入ありがとうございました。