



こどもの初診問診票

今日の体温 _____ °C (当院で測定し

ます)

フリガナ		生年月日	H/R	年	月	日
お名前		年齢・性別		才	男・女	
住所 〒		身長		cm	体重	kg
		お電話				

◆本日はどうされましたか？

- 熱がある 咳がでる 鼻水がでる のどが痛い ぜいぜいする 発疹
おう吐 下痢 腹痛 そのほか()

◆いつ頃からですか？()

◆希望される検査があれば教えてください。

- 血液検査 レントゲン写真 インフルエンザウイルス検査 吸入 鼻水の吸引
点滴 溶連菌検査 そのほか()

◆現在治療中の病気、または、過去に治療の受けた大きな病気はございますか？

- 突発性発疹 麻疹 風疹 水ぼうそう おたふくかぜ ぜん息
そのほか()

◆現在の飲んでいるお薬があれば教えてください。お薬手帳をお持ちであれば記載

は不要です。受付にお渡しください。 ない ある()

◆過去に食べ物やお薬でアレルギーを指摘されたことはありますか？

ない ある→具体的に()

◆飲める薬の種類をチェックしてください。

- 粉 シロップ 錠剤 カプセル 何でも飲める

◆そのほか、気になることはございますか？()

- ◆来院のきっかけ ホームページ インターネット検索 Facebook
看板・通りすがり 家が近所 人からの紹介 そのほか()