

ID: _____

初診問診票

クリニック使用欄

受付	:	直来
今回		
次回	/	診・予・健
保次回・窓負あり・未入力		

受診日 年 月 日

氏名	ふりがな	男・女	生年月日・年齢		体 重	来院時体温
			平成 令和	年 月 日 才 か月	kg	℃
園名・学校名 _____ 幼稚園・保育園・小学校・中学校						
住所 〒 -						
携帯番号 () 電話番号 ()						

★WEB 問診を入力しましたか？ → はい ・ いいえ

※WEB 問診を入力されていない場合や下記項目で未記入のものがあれば、下記の記入をお願いします。

★本日の来院目的は？（該当するものに○をしてください）

診察 ・ 投薬 ・ 吸入希望 ・ 鼻汁吸引希望 ・ 検査結果 ・ 検尿 ・ 夜尿

★本日は、どのような症状で受診しましたか？

②病歴

- ・ 注射や薬で異常を起こしたことがありますか？ はい ・ いいえ
[]
- ・ 次のアレルギー性疾患のうち、いままでに指摘されたものはありますか？
気管支喘息 ・ アトピー性皮膚炎 ・ じんましん ・ 食物アレルギー
- ・ いままでにかかった病気はありますか？
突発性発疹 ・ はしか ・ 水ぼうそう ・ おたふく ・ 風しん ・ 百日咳 ・ ひきつけ
その他 []
- ・ お子様は病気をお持ちですか？ はい ・ いいえ
病名・症状 []
かかりつけの医療機関 []
※現在飲んでいる薬があれば、処方内容がわかるお薬手帳などをおもちください。
- ・ 妊娠中・出産時に何か異常はありましたか？ はい ・ いいえ
[]
- ・ 乳児健診で何か異常を指摘されたことはありますか？ はい ・ いいえ
[]

③お薬の種類にご希望はありますか？ シロップ ・ 粉 ・ 錠剤

④ご家族で現在病気の方はいらっしゃいますか？ はい ・ いいえ
[]

⑤その他の質問などありましたらどうぞ