

ID

問診表



ふりがな		性別	生年月日		
氏名		男・女	H R	年 (歳)	月 日 ヵ月)
電話番号	(父・母・その他:)				
住所	住所変更 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有、初診の方はご記入お願いします。↓ 〒				

▼ 定期受診以外 ▼

■熱はありますか? はい・いいえ

いつから【 _____ 日 ____ 時 ~ _____ °C 】

■熱以外の症状はありますか?

咳・痰・ゼーゼー・鼻水・鼻づまり・のどの痛み
頭痛・腹痛・吐き気・嘔吐・便秘・下痢
発疹・じんま疹・乾燥肌
その他()

■今回の症状にて、検査をしましたか?

いいえ / はい(_____ 月 _____ 日 _____ 時)

検査結果のご記入をお願いします。

コロナ(+・-) インフルエンザ(A B・-)
その他(_____ +・-)

■周りで流行っている病気はありますか?

はい(病名: _____) / いいえ

■他院にて処方されている薬はありますか?

ある(お薬手帳をお預かりします) / いいえ

■くすりのご希望はありますか? ※ご希望に添えない場合があります。

・薬の形状: シロップ 粉 錠剤
・解熱剤の希望: 不要 / シロップ 粉 錠剤 座薬

■通園・通学はされていますか?

はい【 _____ 】保・幼・小・中・高 / いいえ

■体温



(_____ °C)

■体重



(_____ kg)

※お薬の量に関係しますので、
ごく最近の体重を記入して下さい。

▼ 定期受診 ▼

喘息 便秘
花粉症 夜尿症
皮膚
その他
(_____)

* 症状について

落ち着いている
変化なし
悪化している
(_____)

▼ 初診の方は以下もご記入お願いします ▼

■過去に長期の通院や入院を必要とする病気にかかったことがありますか? 現在治療中ですか?

はい(時期: _____ 年 _____ 月頃・現在治療中) 病名: _____ / いいえ

■薬・食べ物でアレルギーがありますか? わかれば薬剤名・食品名をご記入下さい。

はい 薬(_____) 食べ物(_____) / いいえ

■けいれんを起こしたことがありますか?

はい(時期: _____ 才頃) / いいえ

■ご家族(血縁関係)に以下の病気にかかったことがある方はいらっしゃいますか?

いいえ _____ 喘息 _____ アトピー性皮膚炎 _____ 花粉症 _____ 結核

※ご記入いただきました情報は、大切に管理し、診療行為のみに使用いたします。

※当院は、お子様のお名前をフルネームでお呼びいたしますが、呼び方に関しましてご希望がございましたら、お申し付けください。