【問診票　初診】

体温：　　℃

フリガナ		生年月日	年　齢	性　別
氏　名		S・H・R 年　月　日	歳 ヶ月	男・女
住　所	〒			
電話番号	①　　②			

1．今回どのような症状で受診されましたか

□発熱　□頭痛　□咽頭痛　□咳　□痰　□鼻汁　□喘鳴　□腹痛　□下痢
□吐き気　□嘔吐　□めやに　□便秘　□発疹　□その他（　　）
いつから【　　】

2．分娩・出生歴

（　　）週　出生体重（　　）g

3．出生時の異常

□あり（内容　　）　□なし

4．きょうだい　（　　）人中（　　）番目

5．既往歴

□突発性発疹症　□水痘　□ムンプス　□けいれん　□気管支喘息
□アトピー性皮膚炎　□食物アレルギー　□じんま疹　□その他（　　）

6．本人にアレルギーはありますか

□はい（内容　　）□いいえ

7．家族の中に大きな病気やアレルギー体質のかたはいますか

□はい（内容　　）□いいえ

8．予防接種歴

ヒブ	□受けていない	□受けた（　　）回
肺炎球菌	□受けていない	□受けた（　　）回
B型肝炎	□受けていない	□受けた（　　）回
四種混合	□受けていない	□受けた（　　）回
はしか・風疹	□受けていない	□受けた（　　）回
おたふくかぜ	□受けていない	□受けた（　　）回
水ぼうそう	□受けていない	□受けた（　　）回
ロタ	□受けていない	□受けた（　　）回
日本脳炎	□受けていない	□受けた（　　）回

9．他院での処方がある（お薬手帳　□あり　□なし）

□はい（内容　　）□いいえ

10．希望薬剤形状

□座薬　□粉　□錠剤　□水薬　□軟膏

11．解熱剤は必要ですか

□はい　□いいえ

12.どのようにして当院をお知りになりましたか

□ホームページ　□知人の紹介（　　）□SNS　□その他（　　）

※看護師記入欄　　身長（　　）cm　体重（　　）kg

いでこども
アレルギークリニック
IDE KIDS ALLERGY CLINIC