

ゆきこどもクリニック初診問診票

フリガナ

名前 男・女 才 か月

生年月日

住所

〒

連絡先（電話 携帯電話など）

1 本日はどのような症状がありますか？ 発熱・咳・鼻水・喉が痛い
腹痛・下痢・その他アレルギー症状 等

2 自宅で熱をはかってきた 度 来院時 度

3 周囲で流行している感染症はありますか？ 水痘 おたふくかぜ
インフルエンザ その他

4 今日の症状はいつから続いていますか？ 日くらい

5 その症状でお薬を飲んでいますか？ はい いいえ

飲んでいる場合わかる範囲で内容を記載してください

（お薬手帳をお持ちの方はみせていただければ結構です）

6 いままで入院するような病気をしたことはありますか？ はい いいえ

病名

7 アレルギーがあると診断されたことはありますか？ はい いいえ

8 診断されたことはないがアレルギーがあるのではないかと心配される症状がでたことはありますか？

具体的な症状をわかる範囲で記載してください

9 いままでお薬をのんで具合が悪くなったことがありますか？ はい いいえ

おくすりの名前がわかる場合は記載してください

10 けいれんをおこしたことがありますか はい いいえ