

初めて受診される方 問診票

記入日 R 年 月 日

体重: Kg 体温: °C

ふりがな

名前: (男・女) 生年月日: H/R 年 月 日

住所: 〒

電話番号: (自宅・父携帯・母携帯)

(保育園・幼稚園・小学校・中学校) 行っていない

【今日はどうされましたか?】

発熱 (/ 時~ MAX °C / 時)

咳 (/ から) 鼻水 (/ から) 咽頭痛 (/ から)

下痢 (/ から) 嘔吐 (/ から)

発疹 (/ から 部位:)

その他

*現在通っている園・学校で流行しているもの(なし・あり:)

☆出生時 ★週数: 週 日 ★体重: g

★出生時何かありましたか?(なし・あり・・・)

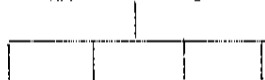
☆今まで診断されたことがある病名(喘息・アトピー性皮膚炎・心疾患・川崎病・他)

☆入院歴(病名: 時期:)

☆アレルギー(なし・あり・・・)

☆痙攣 (なし・あり・・・熱性・無熱性 歳 回)

☆家族歴: 父 歳 母 歳



□男 ○女 △本人

*ご家族の方で大きな病気で治療中、
もしくは治療した方も記載してください

(歳)(歳)(歳)(歳)