

初診問診票

ふりがな			平成	年	月	日生
お名前		男・女	歳			
電話番号	()		携帯番号	()		
ご住所	〒 -					

1、出生時の体重 _____ g

2、出生時のことで伝えたいこと []

3、今までにかかった病気(○をつけてください)

突発性発疹 ・ はしか ・ 風しん ・ 水ぼうそう ・ おたふくかぜ ・ 百日咳

気管支喘息 ・ 肺炎 ・ 喘息 (平成 年 月頃から)

ひきつけ 最終:平成 年 月 計 回 抗けいれん薬の使用 無 ・ 有 ()

その他 []

4、入院歴

無 ・ 有 (病名 平成 年 月頃)

5、食物アレルギー 無 ・ 有 ()

6、薬のアレルギー 無 ・ 有 ()

本日の状態について 体重 _____ kg 体温 _____ °C

・現在飲んでいる薬はありますか？ 無 ・ 有

・症状はいつからですか？ 今日 昨日 2日前から 3日前から 4日前から

朝 昼 夕方 夜

・症状は？ 発熱(度) せき はな たん ゼーゼー のどの痛み

頭痛 腹痛 嘔吐(回) 下痢(回、 色、泥状・水様)

肌の症状(乾燥、赤みなど)

発疹 ※スタッフに声をかけてください

◆その他何かあれば、ご記入ください