

# 問診票(初診)

受診日; \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

フリガナ

お名前;( \_\_\_\_\_ )、体温( \_\_\_\_\_ )°C

↑来院時体温計お渡しいたします

性別;( 男・女 ) 生年月日; H・R \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

年齢;( \_\_\_\_\_才\_\_\_\_ヶ月 ) \*1才以上の方は○才のみで結構です

住所;〒 \_\_\_\_\_

電話番号; \_\_\_\_\_

携帯番号 \_\_\_\_\_ ( 母・父・祖母・祖父・その他 )

連絡のとれる

Q1. 本日はどうされましたか? ○をお付けください。

発熱(最高で \_\_\_\_\_ 度) 頭痛 のどが痛い 鼻汁(透明、白、黄色)  
せき(乾いたせき・たんがらみ / 一日中・夜多い・明け方多い)  
ゼロゼロ ヒューヒュー 息が苦しい 眠れない 下痢 おう吐 腹痛  
ご飯が食べられない 水分が取れない 湿疹(アトピー性皮膚炎、乳児湿疹)  
発疹  
その他( \_\_\_\_\_ )

Q2. その症状はいつごろからですか?

( \_\_\_\_\_ )

Q3. 今までかかったことのあるご病気、又は生まれつきのご病気はありますか?

( \_\_\_\_\_ )

Q4. 食べ物やお薬にアレルギーはありますか?

( \_\_\_\_\_ )

Q5. 現在、他院処方の内服中のお薬がありますか? ( はい・いいえ )

( \_\_\_\_\_ )

\*お薬手帳をお持ちの方は、診察の際に見せていただければ結構です。

※ご記入が終わりましたら、受付にお渡しください

みなとこどもクリニック



TEL 043(441)7110