

# 問診票【初診用】

記入日 \_\_\_\_\_

ふりがな  
お名前 \_\_\_\_\_

〒 \_\_\_\_\_  
住 所 \_\_\_\_\_

自宅電話 \_\_\_\_\_ 学校(幼稚園・保育園)

携帯電話 \_\_\_\_\_

☆出生歴  
出生体重 \_\_\_\_\_ g 在胎週数 \_\_\_\_\_ 週

★出生時に何か問題はありましたか？  
 いいえ  はい \_\_\_\_\_

☆既往歴  
★今まで病気で入院されたことはありますか？  
 いいえ  はい \_\_\_\_\_ 頃 \_\_\_\_\_ まで

★喘息、アトピー性皮膚炎、中耳炎、心臓病などの既往はありますか？  
 いいえ  はい \_\_\_\_\_

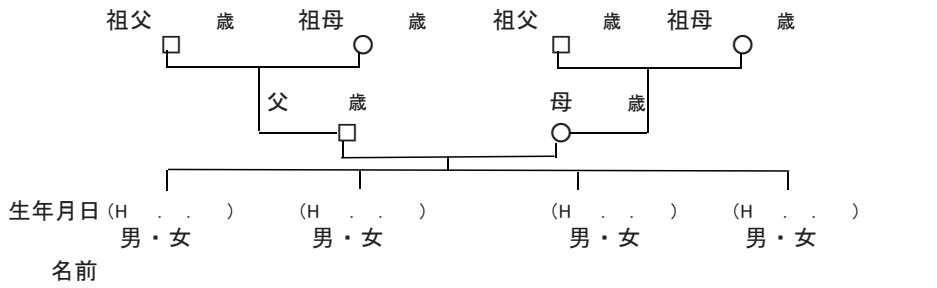
★食べ物、花粉等のアレルギーはありますか？  
 いいえ  はい \_\_\_\_\_

★痙攣をおこしたことはありますか？  
 いいえ  はい \_\_\_\_\_ 歳頃 \_\_\_\_\_ 回  
使用している薬 \_\_\_\_\_

☆アルコール綿で皮膚が赤くなったりかぶれたことがありますか？  
 いいえ  はい

☆お薬で発疹や蕁麻疹がでたり、体の具合が悪くなったことはありますか？  
 いいえ  はい \_\_\_\_\_

☆家族歴  
一緒に暮らしている家族のみ年齢を記入してください。  
大きな病気をされたことがある方は病名を記入してください。



※受診するお子さま本人もご記入ください。 多摩ガーデンクリニック

# 問診票

受診日 \_\_\_\_\_

お名前 \_\_\_\_\_

生年月日 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

\_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ ヶ月 性別 男・女 体重 \_\_\_\_\_ kg 最近、はかっていない場合は計測をお願いします。

☆本日はどのような症状で受診されましたか？あてはまる項目にチェックをつけてください。

発熱 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から 最高 \_\_\_\_\_ °C 現在の熱 \_\_\_\_\_ °C  
発熱でぐったりしていますか？  はい  いいえ

咳 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から  
 コンコン  ゴホゴホ  ゼエゼエ  ケンケン  
夜は寝られましたか？  はい  いいえ

鼻水 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から  水鼻  青鼻  鼻づまり

痛み \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から  
 頭  のど  おなか (最後に排便があった日は \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日)  
 耳の中  耳の下  その他( \_\_\_\_\_ )

吐き気 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から

吐く \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 時頃から \_\_\_\_\_ 回  
水分はとれますか？  はい(少量でも可)  いいえ  
ぐったりしていますか  はい  いいえ

下痢 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から  
 泥状  水様  すっぱいにおいがある  白色

発疹 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から  
 頭・顔  首  胸・おなか  手  背中  おしり  足  
水ぼうそうにかかった事がありますか？  はい \_\_\_\_\_ 歳頃  いいえ

その他の症状 \_\_\_\_\_

<下記にもご記入をお願いします。ご記入後は受付までお持ちください。>

☆現在、本日の症状または別の症状で他の医療機関を受診していますか？  はい  いいえ  
☆現在、薬を飲んでいますか？  はい  いいえ  
「はい」とお答えの方は、診察室で医師に**お薬手帳**をみせてください。

<住所・電話番号に変更のある方はご記入ください>

住 所 〒 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_ 携帯番号 \_\_\_\_\_