初診問診票

ID:　　20　　年　　月　　日

ふりがな　（　　）

おなまえ　　性別　（ 男 ・ 女 ）

生年月日　平成・令和　　年　　月　　日　（　　歳　　か月）

住所　〒　　ー

携帯番号　（　　）　／　父・母・その他（　　）

通園（学）　（　　）保育園・幼稚園・小学校・中学校／未就園

●在胎週数（　　週　　日）　**●出生体重**（　　）ｇ　←わかる方だけ記入してください

●今までかかった病気についてお聞かせください

□喘息　□気管支炎／肺炎　□アトピー性皮膚炎　□中耳炎　□尿路感染症

□川崎病　□突発性発疹　□熱性けいれん（　）回　□その他（　　）

●入院の有無　（あり・なし）　病名（　　）　いつ頃（　　）

●アレルギーの有無　（あり・なし・不明）　アレルギー項目（　　）

●現在使用している薬はありますか　（はい・いいえ）　薬名（　　）

●来院のきっかけを教えてください（複数回答可）

家族が通院中・知人や友人の紹介・インターネット・SNS・その他（　　）

↳ ごきょうだい　（名前（ふりがな）　/続柄　）（名前（ふりがな）　/続柄　）（名前（ふりがな）　/続柄　）

WEB 問診を入力していただいた方は以下の記入は不要です

●お子さまの現在の体重（　　）ｋｇ　●現在の体温（　　）℃

●症状についてお聞かせください（以下の症状がある場合はチェックをいれてください）

□発熱（38℃以上）　□咳・鼻　□嘔吐　□下痢　□発疹　□家族に発熱者あり

☆いつからどのような症状ですか？（診察時に詳しくお聞きしますので簡潔にお書きください）

●周囲で流行している病気はありますか？　□あり　（　　）

●現在使用しているお薬はありますか？　□あり　（　　）

●解熱剤の希望はありますか？　□あり　（ 粉薬 ・ 錠剤 ・ 坐薬 ）

●上記以外のことで心配事や医師に相談したいことがあればご自由にお書きください

ぺんぎんキッズクリニック