

初診問診票

ふりがな

お名前

性別

男 ・ 女

年齢

歳

ヶ月

生年月日（西暦

年

月

日生）

電話番号

住所：

（住民票と同じ ・ 別）

体温：

°C

体重：

kg

身長：

cm

入院や手術を必要とするような大きな病気にかかったことはありますか？

なし ・ あり（ ）

けいれんをおこしたことはありますか？

なし ・ あり（最後 歳頃）

今、他に通院中の病気はありますか？

なし ・ あり（ ）

薬や食物でアレルギーはありますか？

なし ・ あり（ ）

その他アレルギーはありますか？

なし ・ 喘息 ・ 花粉症 ・ アトピー ・ その他（ ）

☆今日の症状・目的について、あてはまるものに○をつけてください

発熱

咳

鼻水

のどの痛み

嘔気

腹痛

便秘

下痢

湿疹

関節痛

食欲低下

心臓外来

その他（ ）

上の症状はいつごろからですか？

例：熱は昨日の夜中、咳は○日頃からなど

（ ）

同居の家族で同じ症状の方はいらっしゃいますか？

いない・いる（ ）

園や学校ではやっている病気はありますか？

なし ・ あり（ ）

今、内服中のお薬はありますか？

なし ・ あり（お薬手帳をご用意ください）

お薬の希望は

粉薬

・

シロップ

・

錠剤

解熱剤の希望は

座薬

・

粉薬

・

錠剤

今はらない

（付き添いの方）

保護者氏名

（続柄

）

同居

・

その他

住所：

（住民票と同じ ・ 別）

連絡先

携帯：

ご自宅：

※予防接種の確認をしますので、母子手帳のご準備をお願いします

ご協力をありがとうございました



医療法人

みらい

南草津こどもクリニック