

# 初診問診票

		氏名	ふりがな	男 ・ 女	
受診日	年 月 日	生年 月日	S H R	年 月 日	才 ヶ月
記入者	<input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他( )	体温	°C	体重	kg
住所	〒 -			日中連絡が取れる電話番号	
				( )	
同居のご家族	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 兄弟( 才) <input type="checkbox"/> 姉妹( 才) <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他( )				
通園・通学をしていますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい はいの方(通所先名)： 保育園・幼稚園・小学校・中学校					

◆ 本日はどのようなことで来院されましたか  
 一般診療       予防接種       乳児健診

**2週間以内の海外渡航歴**  
 あり       なし  
**新型コロナウイルス感染症の方との濃厚接触**  
 あり       なし

◆ 一般診療で来院された方にご記入ください

どのような症状がありますか  
 発熱    ゼーゼーする    呼吸が苦しい    味やにおいがわからない    強いだるさがある  
 せき    鼻水    のどの痛み    頭痛    腹痛    おう吐    下痢    便秘  
 発疹(部位： )    その他( )

その症状はいつからですか

その他何かあればご記入ください

◆ 以下は**全員の方**にご記入ください

現在、治療中の病気はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(病名: )
現在、使用中のお薬はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい→ <b>お薬手帳</b> をお出してください
お薬や注射で副作用が起きたことはありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(薬品名: )
アレルギーはありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい( )
アトピー性皮膚炎と診断されたことはありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
喘息と診断されたことはありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
今までに、けいれん(ひきつけ)を 起こしたことはありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(発熱 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) 回数( 回) 最終発作( 年 月)
今までに、入院されたことはありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(病名: ) (時期: 年 月)

※**お薬手帳・母子手帳**をお持ちの方は、問診票と一緒に**受付**にお出してください

やまぎしこどもクリニック