

カルテNo. \_\_\_\_\_

# 問診票

記載日： H \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

フリガナ	生年月日： 大正・昭和・平成		
お名前	男・女	年	月 日 ( 歳 )
ご住所 〒			電話番号
ご記入者名(保護者名)	お子様 体重	Kg	体温 °C

1) 今日はどのようなことでお越しになりましたか？(下記□にチェックを)

また、それはいつ頃からですか？ ⇒ 月 日頃から ・ 日前から ・ ケ月前から

- 咳がでる →  乾いた咳  痰が絡む  喉が痛い  鼻水  鼻づまり
- 息苦しい  発熱  悪寒  頭痛  関節痛  倦怠感  腹痛
- 吐き気  嘔吐  下痢  皮膚のかゆみ  発疹
- その他( )
- アレルギー検査希望 (即時型・遅延型<自費>)

2) 今までに下記の病気を指摘されたことはありますか？ → はい(下記□にチェックを) いいえ

- 喘息(小児含む)  咳喘息  じんましん  アトピー性皮膚炎  花粉症
- 食物アレルギー (食品名: )
- 糖尿病  高血圧  心臓病  高脂血症  脳神経疾患  結核
- 気胸  がん( )  その他( )

3) 現在服用している薬はありますか？

はい (薬名: ) いいえ

4) 今までに注射・飲み薬・その他の薬で気分が悪くなったり、発疹が出たり何か異常が起こったことはありますか？

はい (薬名: 症状: ) いいえ

5) タバコを吸われたことはありますか？ はい (1日 本 / 年・禁煙後 年) いいえ

6) アルコールは飲みますか？ はい ( を 日 / 週 or 月 ) いいえ

7) 血縁者の中で下記の病気等を指摘された方はいらっしゃいますか？それはどなたですか？

喘息(小児含む)・じんましん・アトピー性皮膚炎・花粉症・食物アレルギー  
糖尿病・高血圧・心臓病・高脂血症・脳神経疾患・がん・その他(病名を)

はい どなた( )どのような病気( )

いいえ

8) 女性の方へお伺いします。

妊娠されていますか？ はい ( 週目) 可能性あり いいえ

授乳中ですか？ はい ( 歳 ケ月 ) いいえ

9) 当クリニックをどのようなきっかけで知りましたか？

1. 知人からの紹介 2. ホームページ 3. 駅の看板 4. 近隣 5. その他 ( )

～ご協力ありがとうございました。個人情報に関しましては、当クリニックでの診療以外には使用いたしません～