

# 問診票

カルテNo. \_\_\_\_\_

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

フリガナ	生年月日： 大正・昭和・平成・令和		
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
			℃

1) 今日は何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 ・ 前から ・ \_\_\_\_\_ ヶ月前から

- 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〉)  舌下免疫療法

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: \_\_\_\_\_)  結核  気胸  
 糖尿病  高血圧  心臓病  高脂血症  脳神経疾患  緑内障  
 前立腺肥大  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 \_\_\_\_\_ カ月) いいえ