

初診の方の問診票 (15歳未満の方)

年 月 日

(わからないところ、書きたくないところは無記入で結構です。)

あてはまるものがあれば○をうつか、□にチェックをお願いいたします。

フリガナ _____

お名前: _____ 男・女 (H 年 月 日生)

ご住所: (〒 -) _____

お電話: _____ 携帯 _____ 体温 _____ ℃、体重 _____ Kg

■本日はどうされましたか?

() 頃より または 日の 時ごろより

(症状: 具体的にお教えてください。あてはまるものに○でも結構です。)

熱・咳・痰・鼻水・鼻づまり・くしゃみ・のどの痛み・胸痛・息切れ・腹痛・嘔吐・食欲不振
吐き気・寒気・下痢・便秘・頭痛・関節痛・不機嫌・倦怠感・のどの渴き・発疹・かゆみ・
めまい・しびれ・耳鳴り・目やになど眼の症状・排尿時痛み・血尿・むくみ

■最近学校や幼稚園、保育園ではやっている病気があったり、病気の子供さんと接触されたりしましたか。(□はい: 病名)

■予防接種がすすんでいるものに、わかる範囲で○をお願いいたします。

BCG・四種混合 (回目まで)・三種混合 (DPT) (回目まで)・ポリオ (回目まで)
Hib (回目まで)・肺炎球菌 (回目まで)・ロタ ・MR (麻疹・風疹)・水痘・おたふく

■下記の中にかかれたことのある病気がありますか?わかる範囲で○をつけて下さい。

はしか・風疹・水痘・おたふく・百日咳・喘息・ひきつけ・その他 ()

■何か治療中のご病気、服用されているお薬はありますか。(抜歯など歯科治療含む。)

病名:

お薬 (お薬手帳をお持ちでしたらお見せ下さい)

■今までにアレルギーを起こしたお薬や食べ物などはありますか。(ある・ない)

ある方は、(□お薬 □食べ物

□その他)

■お薬についてご希望はございますか?あれば○をお願いします。)

(粉がよい・シロップがよい・錠剤が飲める・座薬が使えない。)

ありがとうございました。

山田内科