

ID \_\_\_\_\_

## 一般外来問診票(初回の方)

記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 記入者: 母・父・祖母・祖父・きょうだい・( )

ふりがな				性別			
氏名				男・女			
生年月日	西暦	年	月	日	年齢	歳	か月
住所	〒			電話	自宅 携帯		
出生時体重		g		在胎期間		週	
集団生活の有無	なし・保育所・幼稚園・学校・( )						
きょうだいの有無	なし・あり( )						
身長		cm		体重		kg	
来院時の体温		℃					

- 今日はどのような症状で受診されましたか? あてはまるものに○をつけてください。  
発熱・鼻水・鼻づまり・せき・ゼーゼー(喘鳴)・のどが痛い・くしゃみ・目がかゆい  
吐き気・吐く・下痢・血便・腹痛・便秘  
頭痛・元気がない・食欲がない  
湿疹・食物アレルギー・気管支喘息・アレルギー性鼻炎  
夜尿・低身長・肥満・不登校  
その他 ( )
- いつから調子が悪いですか? \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日
- 現在内服中のお薬があればご記入いただくか、お薬手帳をご提出ください。
- アレルギーがありますか? \_\_\_\_\_ なし  
薬のアレルギー( )・食物アレルギー( )  
アトピー性皮膚炎・気管支喘息・アレルギー性鼻炎・アレルギー性結膜炎
- 熱性けいれんをおこしたことがありますか? \_\_\_\_\_ なし・あり(何回ですか? \_\_\_\_\_ 回)
- これまでに、大きな病気(入院された、定期的に見てもらっている)がありますか?  
なし・あり( )
- ご家族に大きな病気の方はおられますか?  
なし・あり( )

-----  
以下はクリニックで使用します

\* 次回予約: あり

\* 書類: あり