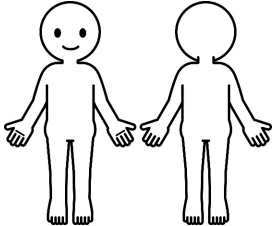


初診問診票

ふりがな			ご住所	〒(-)
お名前		男 女		
年齢	()歳()ヵ月			
生年月日	平成・令和 年 月 日			
お電話	()		携帯	

1、出生時のことで伝えておきたいこと： (妊娠 週 g)
2、今までにかかった病気 ぜんそく ・ 肺炎 ・ その他() 熱性けいれん (計 回) 無熱性けいれん (計 回)、抗けいれん剤の使用：あり (薬名：)
3、入院したことはありますか いいえ ・ はい (はいの方は以下ご記入ください) 病名：()いつごろ：() 現在も定期的に通院していますか？ いいえ・ はい (病院名：)
4、食物アレルギー ない ・ ある (食品名：)
5、薬のアレルギー ない ・ ある (薬剤名：)
6、本日の症状について(WEB 問診がお済なら省略してください) 体重 kg ・ 体温 °C 現在他院のお薬を飲んでいますか？ (はい) 2週間以内に園・学校・身近にコロナウイルス患者さんがいますか？(はい) 症状はいつから？ (今日 ・ 2-3日前 ・ 4日以上) 発熱 せき はな ぜーぜー 喘息症状 目やに のどが痛い 頭痛 耳が痛い 腹痛 嘔吐 下痢 血便 便秘 けいれん 食物アレルギー 夜尿 精神面の症状 その他自由記載 お肌の症状 (場所を教えてください)

げねつざい 解熱剤処方のご希望 (希望あり ・ 医師と相談)