

初診問診票

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

1、出生時のことでおきたいこと :

(妊娠 過週 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)

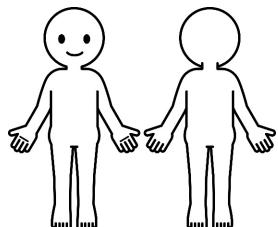
症状はいつから? (今日 ・ 2-3日前 ・ 4日以上)

発熱 せき はな ゼーゼー 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)