

[I D]

問診表（はじめての方）

20 年 月 日

ふりがな			性別	(男 ・ 女)	
お名前			体重	kg	体温 ℃
生年月日	西暦 年 月 日	年齢	(歳 ヶ月)		
住所	〒				
携帯電話			電話番号		
(保育園・幼稚園・小学校・中学校)					

いつから、どのような症状がありますか？

いつから？

発熱 せき 鼻水・鼻づまり ゼーゼー 頭痛 のどの痛み おなかの痛み
 胸の痛み 嘔吐・吐き気 下痢 便秘 発疹 かゆみ めまい 食欲がない
 ひきつけ・けいれん (その他)

●発熱の方は以下もご記入ください●

経過／

園・学校・勤務先での接触の有無／最終登校日（勤務日）／本人の学校（勤務先）

コロナワクチン接種回数（1回・2回・3回）

次のアレルギーのうち、指摘を受けたものはありますか？ はい・いいえ
 ぜんそく アトピー性皮膚炎 食物アレルギー アレルギー性鼻炎 花粉症 じんましん
 その他薬剤 ()

いままでにかかったことのある病気はありますか？ はい・いいえ
 突発性発疹 はしか 風しん 水ぼうそう おたふくかぜ 百日咳 ひきつけ・けいれん
 (その他)

何か病気をお持ちですか？ はい・いいえ

また、現在服用中のお薬はありますか？

お薬手帳など処方内容がわかるものをお持ちください。

かかりつけ医療機関 病院・クリニック

ご希望の薬の剤型はありますか？ 粉 シロップ 錠剤 カプセル
 その他、ご質問・ご希望はありますか？
 ()

アンケートにご協力ください。当院を何でお知りになりましたか？

看板・Google・板橋区情報誌・ホームページ・紹介・はっとり小児科・その他
 よろしければご紹介くださった方をご記入ください ()