

## 問 診 票

20 年 月 日

ふりがな		性別	男 ・ 女	
お名前		体重	Kg	体温 °C
生年月日	西暦 年 月 日	年齢	歳	ヶ月
住所	〒			
携帯番号		電話番号		
保育園・幼稚園・小学校・中学校・高校				

◇ 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 お腹の痛み 胸の痛み  
 嘔吐・吐き気 下痢 便秘 発疹 かゆみ めまい 食欲が無い  
 ひきつけ・けいれん その他 ( )

●発熱の方は以下も詳しくご記入下さい●

経過/〇月〇日～〇月〇日まで熱など、どんな症状がいつまで？

園・学校・職場での流行はありますか？

家族内に体調不良の人はいますか？

◇ 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  
 その他の薬剤 ( )

◇ いままで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 ( )

◇ 基礎疾患など、なにか病気はお持ちですか？ はい・いいえ

疾患名 ( )

服用中のお薬はありますか？ ( )

かかりつけ医療機関： 病院・クリニック おくすり手帳等、処方分かるものお持ちください。

◇ 女性の方、妊娠中もしくはその可能性 あり・なし / 授乳中 はい・いいえ

◇ ご希望のお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下さい☆

当院を何でお知りになりましたか？

看板・Google・板橋情報誌・ホームページ・紹介・その他( )

よろしければご紹介くださった方をご記入下さい ( )