

問診表

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・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)

●発熱の方は以下も詳しくご記入ください●

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・勤務先での接触の有無／最終登校日（勤務日）／本人の勤務先（医療・介護等）

コロナワクチン接種日（1回 年 月 日 / 2回 年 月 日 / 3回 年 月 日）ファイザー・モデルナ

◇ 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 ()

◇ 基礎疾患など、何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 お薬手帳等、処方があるものをお持ちください。

◇ 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 ()