

初めて当院を受診された方 **初診用問診票**

フリガナ ()
 名前 ()
 平成・令和 年 月 日生 男・女
 住所 〒 - .
 携帯番号 () -
 電話番号 () -

◎これまでの健診で、発育・発達について何か指摘をうけたことはありますか。

有・無 有の方 → それはいつ、どのような事ですか。

【いつ 内容】

◎これまでに、心臓・腎臓・肝臓・先天性異常・血液の病気・そのほか重い病気にかかられたことはありますか。

有・無 有の方 → それはいつ、どのような病気ですか。

【いつ 病名】

◎これまでに、以下の診断をうけた または 指摘されたことはありますか。

アトピー性皮膚炎 有・無

小児喘息 有・無

アレルギー性鼻炎 有・無

◎お子さまは食物や薬に対してアレルギーをお持ちですか。

有 (何に)、無

◎ご家族の中で、現在または以前に以下の病気をお持ちの方はいらっしゃいますか。

アトピー性皮膚炎 有・無 (どなたが)

小児喘息 有・無 (どなたが)

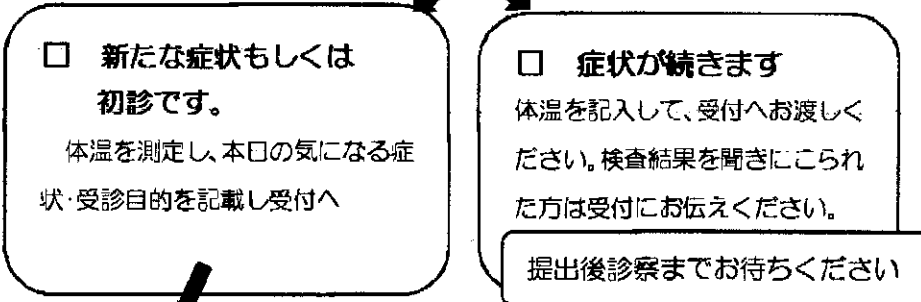
食物アレルギー 有・無 (どなたが)

来院された方はまずこちらをご記入ください

名前 () 体温 度、体重 kg

隔離小
ベッド
吸入

本日の受診は 前回受診された症状の続きですか？



新たな症状もしくは初診です。
 体温を測定し、本日の気になる症状・受診目的を記載し受付へ

症状が続きます
 体温を記入して、受付へお渡しく
 ださい。検査結果を聞きにこられ
 た方は受付にお伝えください。
 提出後診察までお待ちください

1. 診察

- 発熱 (いつから?)
- 咳 ()
- 鼻汁 ()
- のどの痛み ()
- 発疹 ほか皮膚症状 ()
- 腹痛 ()
- 嘔吐 回/日 ()
- 下痢 回/日 ()
- 便秘 ()
- その他 ()

2. アレルギー検査希望

3. 紹介状 登校/登園許可証 病児用保育連絡票 が必要

4. その他 【 】

1. の診察の方は現在の児の状態について記載ください

- 水分摂取 (可・不可) 食欲 (有・無)
- 睡眠 (とれる・眠れない)
- 現在 内服中の薬はありますか? (有:内容 無)
- 保育園・幼稚園・未就園児 である