初診問診票（はじめて・久しぶりの受診の方）

受診日　　年　　月　　日

氏名	ふりがな	男・女	生年月日	平成・令和　　年　　月　　日 （年齢：　　才　　ヶ月）	身長	体重	体温
					cm	kg	℃
通っている場所：				幼稚園・保育園・小学校・中学校			
住所　〒　　ー							
携帯番号：　　（　　）				電話番号：　　（　　）			

①いつから、どのような症状がみられていますか？

いつから？

発熱　・　咳　・　鼻水　・食欲がない　・　頭痛　・　のどの痛み　・　腹痛　・　嘔吐
下痢　・　発疹　・　その他（　　）

②病歴

・注射や薬で異常をおこしたことはありますか？　　はい　・　いいえ
内容（　　）

・次のアレルギー性疾患の内、今までに指摘されたものはありますか？

気管支喘息　・　アトピー性皮膚炎　・　蕁麻疹（じんましん）　・　食物アレルギー　・　薬のアレルギー

・今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　・　麻疹（はしか）・　水疱瘡（みずぼうそう）・　おたふく　・　風疹
百日咳　・　ひきつけ（痙攣）・　その他（　　）

・お子さまは病気をお持ちですか？　　はい　・　いいえ

現在飲んでいる薬はありますか？　　はい　・　いいえ

＊処方内容が分かるお薬手帳などをお持ちください。
かかりつけ医療機関＿＿＿＿＿＿病院・医院

・妊娠中・出産時に何か異常はありましたか？　　はい　・　いいえ
（

・乳幼児健診で何か異常を指摘されたことはありますか？
（　　）

③希望の薬はありますか？　　粉　・　シロップ　・　錠剤　・　カプセル　・　座薬

④家族で現在病気の方はいらっしゃいますか？　　はい　・　いいえ

⑤その他、質問などありましたらどうぞ
（　　）

⑥当院を知ったきっかけを教えて下さい
HP ・ 知人の紹介 ・ Instagram ・ Facebook ・ チラシ ・ その他（　　）

Sunnyキッズクリニック