問診票

ふりがな		性別
患者様のお名前		男・女
生年月日	年　　月　　日　（　　歳　　カ月）	
ご住所		
電話番号	ー　　ー	

現在の身長（　　cm）　　現在の体重（　　kg）

（　　）人きょうだいの　（　　）番目

☆ 当てはまる項目に〇をつけてください

ねつ　　日前から　　度～　　度

せき　　日前から

鼻水　　日前から

おう吐（もどし）　　日前から　１日　　回

下痢　　日前から　１日　　回

腹痛　　日前から

その他　当てはまる項目に〇をつけ、具体的にご記入ください

（発疹・便秘・アレルギー・発達相談・夜尿症・その他　　）

☆ アレルギーの既往のある方は、当てはまる項目に〇をつけ、具体的にご記入ください

（食物・薬剤・その他　　）

☆ 現在治療中の病気や過去に治療した病気のある方はご記入ください

（　　）

※現在服用中のお薬がある方は診察の際にお薬手帳を確認する事がございます

☆ 特に希望する事や伝えておきたい事があればご記入ください

（　　）

☆ 現在、お子様の周りで下記の病気の方がいる場合は〇をつけてください

・インフルエンザ（A型・B型）・感染性胃腸炎・水ぼうそう・おたふく風邪・麻疹・風疹

・溶連菌感染症・手足口病・ヘルパンギーナ・プール熱（アデノウイルス）・RSウイルス感染症