

初診問診票(はじめての方へ)

フリガナ 氏名	体重 kg	性別 男・女
呼び名	身長 cm	生年月日 昭・平 年 月 日 歳 月 日

1)いつ頃から、どのような症状があり受診されましたか？簡単に記入してください。

体温 °C

{}

* 最後に使用した解熱剤と時間を記入してください ⇒ ()を()時に使用。

2)病気などについてお聞きします。

①今までに病気にかかりましたか？

いいえ・はい 突発疹・肺炎・中耳炎・喘息・熱性けいれん・その他()

②入院の経験はありますか？

いいえ・はい

③今までひきつけた事がありますか？

いいえ・はい

④もしある場合、初めてひきつけを起こしたのはいつですか？

また今までにあわせて何回ひきつけましたか？

初めてのひきつけの時期() 合計の回数()回

⑤ひきつけに対して何かお薬を使っているのなら、そのお薬は何ですか？

()

3)薬について聞かせてください。

①今までに薬や注射(予防接種を含む)で具合が悪くなったことはありますか？

いいえ・はい (その内容:)

②今までに薬を飲んだことがありますか？ いいえ・はい

③ ②で薬はきちんと飲めましたか？ きちんと飲めた・だいたい飲めた・いやがった

4)3歳未満の方はお答えください。(わかる範囲で結構です)

①生まれたときの体重()g

②妊娠何週で生まれましたか？

(週 日)

③生まれてすぐ保育器や人口呼吸を使いましたか？ いいえ・はい

④黄疸 普通・強い 治療()

⑤以下のことができたのは、何ヶ月ですか？

首がすわる() 座る() はう()

はう() 歩く() 話す()

アレルギー・喘息・その他のことで気になる方は、裏面もご記入ください。



もろおかアレルギー科・小児科クリニック

Morooka Allergie & Kinder Klinik

5)喘息やアレルギーと思われる方におたずねします。

①今までにお子様があトピーや喘息あるいは食物アレルギーと言われた事がありますか？

いいえ ・ はい

②もしあるのならそれはいつごろですか？

アトピー () 喘息 ()

食物アレルギー () (種類:)

③これらの病気に対して現在治療を行っていますか？

いいえ ・ はい

④行っている場合、どんな治療を行っていますか？

もしおわかりならその内容(薬の名前など)を教えてください。

()

⑤原因について、血液検査等で調べた事がありますか？

いいえ ・ はい

⑥もし調べた事があるのなら、その原因は何でしたか？

()

⑦ご家族の中でアトピーや喘息の方はいらっしゃいますか？

いいえ ・ はい

⑧いらっしゃる場合、その方はどなたですか？

アトピー () 喘息 ()

●最後に診察を受ける際に、伝えておきたい事がありましたらご記入ください。

ご記入ありがとうございました



もろおかアレルギー科・小児科クリニック

Morooka Allergie & Kinder Klinik