

診察券番号

受付番号	
------	--

SpO2(%)	脈拍(回/分)

問診票

記載日: 年 月 日

フリガナ		生年月日	
お名前		平成・令和 年 月 日生 (歳 ヶ月) 男・女	
※初診の方、前回受診から住所や連絡先に変更のある方は記入して下さい			
住所	〒		
電話			
体重	kg	通園通学の有無	保育園・幼稚園・小学校・中学校
体温	℃	周りで流行している病気はありますか?	

本日の来院について、当てはまる症状を○で囲んで下さい

発熱	月 日 ~
咳	月 日 ~
ぜいぜい	月 日 ~
鼻汁	月 日 ~
のどの痛み	月 日 ~
発疹	月 日 ~

嘔吐	月 日 ~
下痢	月 日 ~
血便	月 日 ~
腹痛	月 日 ~
頭痛	月 日 ~
その他	

その他具体的に ()

アレルギー等で受診の方	食物アレルギーの相談	湿疹(アトピー)の相談	ぜんそくの相談
	鼻炎・花粉症の相談	その他()	

発熱、風邪症状、発疹のある方のみお答え下さい

2週間以内に予防接種を受ける予定がありますか	はい・いいえ
いつ:	何を:

今回の症状で他の医療機関を受診しましたか?

いいえ	はい
	受けた検査やもらった薬:

これまでにかかった病気や現在治療中の病気はありますか? またそれらの病気で内服している薬があれば書いてください

いいえ	ぜんそく・熱性けいれん・てんかん・川崎病・腸重積・その他()
	内服薬()

薬や食物のアレルギーはありますか?

いいえ	はい()
-----	-------

その他ご相談したいことがあればご記入下さい

()