



スキップこどもアレルギークリニック

## 初診 問診票

初めての方は、以下の項目についてお分かりになる範囲でご記入あるいは ✓ をつけてください

【ふりがな】

【生年月日】

【氏 名】

( 男 ・ 女 )

昭和 ・ 平成

年

月

日

【住 所】 〒

-

【連絡先ご自宅】

【携帯電話】

【身長】

cm

【体重】

kg

【診察前の体温】

度

分

① 本日は、どのような内容で来院されましたか？

発熱     咳 (  乾いた咳、  しめった咳、  ケンケンした咳 )     ぜーぜーする

嘔吐     下痢     発疹     アレルギーの相談     その他 ( )

いつからですか？ ( )

② 薬や食品で調子が悪くなったことはありますか？

なし     あり ( )

③ 現在、内服している薬はありますか？

なし     あり ( )

④ 今回、処方する薬の希望剤型があれば ✓ をつけてください。

シロップ     粉     錠剤     坐薬

⑤ 今までにかかった病気はありますか？

はしか・麻疹     風しん     水ぼうそう     おたふくかぜ     けいれん     心臓病

突発性発疹     喘息     食物アレルギー     その他 ( )

⑥ 今までに接種した予防接種に ✓ をつけてください。

B型肝炎     ロタ     ヒブ     肺炎球菌     四種混合     BCG     MR (麻疹風しん混合)

おたふく     水痘     日本脳炎     インフルエンザ     その他 ( )

⑦ ご家族やまわり、保育園や学校などで流行している病気はありますか？

集団生活     なし     あり

流行病気     なし     あり ( )

⑧ その他、ご質問やご希望がありましたらご記入ください。

なし     あり ( )

ご記入いただきありがとうございます