



## はたなか赤ちゃんこどもクリニック

### 問診票（初診の方）

※太枠内記入必須

|                       |                    |                 |       |
|-----------------------|--------------------|-----------------|-------|
| フリガナ                  |                    |                 | 性 別   |
| 氏 名                   |                    |                 | 男 ・ 女 |
| 生年月日                  | 平成・令和              | 年 月 日           | 歳 ヶ月  |
| ( ) 保育園・幼稚園・学校・集団生活なし |                    |                 |       |
| 住 所                   | 〒 _____<br>_____ 市 |                 |       |
| 連絡先                   | 携帯 _____           | _____           | 父・母   |
| 身長： _____ cm          | 体重： _____ kg       | 現在の体温： _____ °C |       |

|                                                         |
|---------------------------------------------------------|
| 1. 本日はどうされましたか？                                         |
| 発熱・鼻水・せき・嘔吐・下痢・腹痛・発疹（ぶつぶつ）・その他（○をつけてください。）              |
| 2. その症状はいつ頃からありますか？                                     |
| 3. 今回の症状で他の医療機関を受診していますか？      はい ・ いいえ                 |
| 「はい」の方のみお答えください。                                        |
| ① 受診されたのはいつですか？                                         |
| ② おくすり手帳などあればお見せください。<br>お持ちでなければ、処方された薬をわかる範囲でお書きください。 |
| 4. 今までに食べ物でアレルギーはありますか？                                 |
| ない ・ ある（食品名 _____） ・ わからない                              |
| 5. 今までに薬に対するアレルギーはありますか？                                |
| ない ・ ある（薬品名 _____） ・ わからない                              |
| 6. 心配なこと、聞いておきたいことなど自由にお書きください。                         |
|                                                         |