さかいキッズ 武蔵境駅前こどもクリニック

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	年　月　日		歳　ヶ月
	（　　）保育園・幼稚園・学校・集団生活なし		
住　所	〒　－　　市　　町		
連絡先	携帯　－　－　父・母		
	身長：　　cm	体重：　　kg　　g	体温　　℃

以下、お書きいただくか、スタッフにお声かけいただき、お話しください。

1. 症状あるいは相談内容をお教えください（該当する欄に☑をつけてください）

□ 発熱　　月　日頃から（最も高かった体温はいつ、何℃でしたか　　日　　℃）

□ 咳　　月　日頃から　□ 下痢　　月　日頃から

□ 鼻水　　月　日頃から　□ 吐き気・おう吐　　月　日頃から（最終おう吐　日　時）

□ 痛み（頭・お腹・耳・のど・その他　　）　月　日頃から

□ 皮膚（乾燥・赤み・かゆみ・ぶつぶつ）　部位　　

□ 便秘　□夜尿（おねしょ）　□栄養や身体の発育に関する心配・相談（　　）

□ 発達や行動に関する心配・相談（診察室で話を伺った後で詳しい別の問診票をお願いすることがあります）

□ その他の症状・相談（　　）

2. 具合が悪くなってから今日までの様子を聞かせてください

・普段と比べて食欲はどうですか　あまり変わらない　・　半分くらい　・　全く食べない

・水分は取れていますか　朝起きてコップにして（　）杯くらい

3. ご家族または集団生活で流行している病気はありますか

家族　なし・あり（　　）　集団生活　なし・あり（　　）

4. 下記の病気にかかったことがありますか。

□突発性発疹　□中耳炎　□尿路感染症（腎盂腎炎）　□川崎病　□熱性けいれん（初回　歳　か月）

5. 下記のうち、お子さんに当てはまるものがありますか？

□湿疹ができやすい　□ゼーゼーしやすい　□咳がひどくなりやすい　□鼻水が長引きやすい

□熱を出すことが多い　□吐きやすい

6. 下記の病気と言われたことがありますか？（または、その傾向がありますか？）

□アトピー性皮膚炎　□気管支ぜんそく　□アレルギー性鼻炎　□花粉症

7. 今までにアレルギー症状が出たことはありますか。

食品名［　　］症状［　　］

薬品名［　　］症状［　　］

8. 現在服用中のお薬があればお書きください。

〔　　〕

9. ご家族構成を教えてください。

父：　歳　アレルギー疾患　なし・あり（　　）その他（　　）

母：　歳　アレルギー疾患　なし・あり（　　）　その他（　　）

兄弟・姉妹：①　歳　男・女　②　歳　男・女　③　歳　男・女／

8. ご来院のきっかけを教えてください。

□クリニック看板　□チラシ　□家族や知人の紹介　□ホームページ　□他院から紹介　□近所

□その他（　　）

ご協力ありがとうございました。