問　診　票（初診用）

受信日　　年　月　日

たけの子クリニック

フリガナ		男･女	生年月日		身長	体重	体温
氏　名				Ｈ・Ｒ　年　月　日 （年齢:　歳　か月）	cm	kg	℃
（　幼稚園 ・ 保育園 ・ 小学校 ・ 中学校　）							
住 所 〒							
携帯番号			電話番号				

①　いつから、どのような症状がみられていますか？

いつから？〔　　〕
発熱（　℃）・ 咳 ・ 鼻水 ・ 食欲がない ・ 頭痛 ・ のどの痛み ・ 腰痛 おう吐 ・ 下痢 ・ 発疹 ・ その他（　　）

②　病 歴

・注射や薬で異常を起こしたことがありますか？　　はい ・ いいえ
（　　）

・次のアレルギー性疾患のうち、今までに指摘されたものはありますか？
気管支喘息 ・ アトピー性皮膚炎 ・ じんましん ・ 食物アレルギー

・今までにかかった病気はありますか？　　はい ・ いいえ
突発性発疹・はしか・水ぼうそう・おたふく・風しん・百日咳・ひきつけ
その他（　　）

・お子様は持病をお持ちですか？　　はい ・ いいえ
・また、現在飲んでいる薬はありますか?　　はい ・ いいえ

※ 処方内容がわかるお薬手帳などをお持ちください
かかりつけの医療機関 …… 病院 ・ 医院

・妊娠中 ・ 出産時に何か異常がありましたか？　　はい ・ いいえ
（　　）

・乳児健診で何か異常を指摘されたことがありますか？　はい ・ いいえ
（　　）

③　家族で現在病気の方はいらっしゃいますか？　　はい ・ いいえ

④　学校、幼稚園、保育園などで流行っている病気はありますか？
（　　）

⑤　その他の質問がありましたらお書きください。
〔　　〕