# 小児初診　ゆりの木クリニック　問診票

| ID： | | | 受診日 | 年　月　日 | |
|---|---|---|---|---|---|
| お名前 | ふりがな　男・女 | | 生年月日 | 平成<br>西暦　年　月　日生<br>（　才　ヶ月） | |
| ご住所 | 〒 | | お電話<br>□　自宅<br>□　携帯 | （　） | |
| 幼稚園・学校 | | 体重 | kg | 本日の体温 | ℃ |

★本日はどうなさいましたか？
□発熱（　℃）　□咳　□鼻水　□のどの痛み　□腹痛　□下痢　□吐き気　□嘔吐
□元気がない　□湿疹（部位　）
□その他（　）

★いつからですか？：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿日前から
他の医療機関にかかりましたか？　□いいえ　□はい：医療機関名（　）
お薬を飲みましたか？　□いいえ　□はい：お薬名（　）

★当クリニックをお知りになったきっかけを教えてください。
□ホームページ　□知人紹介　□広告　□その他（　）

★現在治療中のけが、病気はありますか？
□ない
□ある　病名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
かかっている医療機関：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

★現在飲んでいるお薬はありますか？
□ない
□ある　お薬名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

★今までアレルギー、特異体質といわれたことはありますか？
□ない
□ある：食物（　）　薬（　）　その他（　）
詳しくご記入ください：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

★今までにかかった病気を教えてください：
□肺炎　□熱性けいれん　□はしか　□風疹　□おたふく　□みずぼうそう
□気管支喘息　□溶連菌　□その他（　）

★何か気になることがあればご記入ください：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿