

フリガナ			生年月日	昭・平	年	月	日
名前	男・女						
住所	〒 _____						
電話	自宅	-	-	保護者名			
	携帯	-	-				
紹介状	有・無		(紹介者名 _____)				

*日中ご連絡のつくお電話番号のご記入をお願い致します。

問 診 票

※現在認められる症状、変化に○（症状の強いもの、心配なものには◎）をつけて下さい。

症状	始まりは	程度は	治療は	経過は
咳	昨日・今日・ 日ほど前から	軽・中・重 [痰：あり・なし]	市販薬・処方薬・未	改善・不変・悪化
鼻みず	昨日・今日・ 日ほど前から	軽・中・重 [透明・膿性]	市販薬・処方薬・未	改善・不変・悪化
嘔吐	昨日・今日・ 日ほど前から	今まで 回・今日 回	吐気止・風邪薬・未	改善・不変・悪化
下痢	昨日・今日・ 日ほど前から	今まで 回・今日 回	下痢止・整腸剤・未	改善・不変・悪化
発熱	昨日・今日・ 日ほど前から	最高 度・現在 度	解熱剤 [使用・未]	改善・不変・悪化
その他	昨日・今日・ 日ほど前から (_____)			

↓診察の参考にさせていただきますので、以下の質問に分かる範囲でご回答下さい。

- 現在の身長、体重を教えてください。 身長 _____ cm 体重 _____ kg
- 家族構成を教えてください。
 人家族、同居者は [(例：父40歳、母38歳)] ペット [_____]
- お子さま（患者様）のご家族に、以下に該当される方はいらっしゃいますか？
 気管支ぜんそく（小児ぜんそく） いない・いる (だれ? _____)
 アトピー性皮膚炎 いない・いる (だれ? _____)
 花粉症・アレルギー性鼻炎 いない・いる (だれ? _____)
 ひきつけ・けいれん いない・いる (だれ? _____)
 肝臓病・腎臓病・心臓病 いない・いる (だれ? _____)
 その他の病気や症状 いない・いる (だれ? _____)
- お子さまの誕生時について教えてください。 生まれたときの体重は? _____ グラム
 予定日に産まれましたか? はい・早かった (日) ・遅かった (日)
 どのように産まれましたか? 正常分娩 ・ 鉗子分娩 ・ 帝王切開
 産まれた後に何か異常はありましたか? 黄疸が強かった・保育器に入った・その他 (_____)
- これまでに次のような病気になったことがありますか？
 ぜんそく・アトピー性皮膚炎・アレルギー性鼻炎・花粉症・ひきつけ・肝臓病・腎臓病・心臓病
 その他 (_____)
- これまでにお受けになった予防接種（かかった場合も含む）を教えてください。
 BCG [済・未] ポリオ [済・未] 四種混合 [1回・2回・3回・追加・未]
 麻疹 [済・未・かかった] 風疹 (三日ほしか) [済・未・かかった]
 MR (麻疹・風疹の混合) [済・未] 日本脳炎 [済・未・かかった]
- これまでに入院したことはありますか? _____ 年齢 _____ 歳の時・病名 (_____)
- 現在服用中の薬はありますか? [_____]
- 薬の副作用が出たことはありますか? [_____]

ご記入、ありがとうございました。