

武蔵小金井駅前こどもクリニック

問診票(初診用)

※太枠内をご記入ください。

フリガナ		1	2
氏名		男 ・ 女	
生年月日	年 月 日	歳 ヶ月	
住所	〒 ー 市 町		
()	保育園 ・ 幼稚園 ・ 小 中 学校		
連絡先	携帯	ー	ー 父・母
	自宅	ー	ー
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 (いつから _____) 最高 _____ °C 咳 鼻水 (透明・黄色)
 元気がない 食欲がない 痛み (頭・お腹・耳・のど・その他 _____)
 吐き気 おう吐 (最終おう吐 _____) 下痢 (水様・泥状・軟) 便秘
 皮ふ (乾燥・赤み・かゆみ・ぶつぶつ) 部位 _____
 その他 (_____)

2. 症状を具体的にお書きください。

(_____)

3. ご家族または周囲で流行しているものはありますか。

なし・あり (保育園・幼稚園・学校) 病名 (_____)
 家族 (_____) 病名 (_____)

4. 下記の病気にかかったことがありますか。

- 水ぼうそう おたふくかぜ 突発性発疹 気管支ぜんそく
 アレルギー性鼻炎 アトピー性皮ふ炎 花粉症
 ひきつけ (歳 ヶ月時) 川崎病 その他 (_____)

5. 現在服用中のお薬があればお書きください。

(_____)

6. 今までにアレルギー症状が出たことがありますか。

食品名 (_____) 症状 (_____)
 薬品名 (_____) 症状 (_____)

7. ご家族構成を教えてください。

父： _____ 歳 アレルギー なし・あり (_____)
 母： _____ 歳 アレルギー なし・あり (_____)
 兄弟姉妹： _____ 歳 男・女 / _____ 歳 男・女 / _____ 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 はがき 家族や知人の紹介 ホームページ 他院紹介
 近所 東小金井駅前こどもクリニックにかかったことがある その他 (_____)

ご協力ありがとうございました。