平成　　年　　月　　日　　# 初診問診票　　NO

ふりがな		ご住所	〒(　　－　　)
お名前	男 女		
生年月日	昭和・平成　年　月　日		
	才　　ヶ月	携帯電話	
電話	(　　)	メールアドレス	

★現在の体温　　度　　★体重　　ｋｇ

1、今日は、いつからどのような症状で来られましたか。

発熱（　　月　日　時頃から　　度）

咳　（　なし　少し　強い　）

嘔吐（　　月　日　時頃から　　回）

下痢（　　月　日　時頃から　　回）

食欲ありますか（　普通　・　少ない　・　ない　）

水分取れていますか（普通　・　少ない　・　ない　）

鼻水　・　鼻づまり　・　くしゃみ　・　腹痛　・　頭痛　・　発疹

その他（　　）

2、通園・通学している場合は、園名、校名をお書きください。

（　　）　保育園　・　幼稚園　・　小学校（　　年）　・　中学校（　　年）

3、出生時の体重　（妊娠　　週　　g）　生まれた病院（　　）

4、出生時のことで伝えておきたいこと。

（　　）

5、乳児期の栄養法　　母乳　・　混合　・　人工　・その他（　　）

6、兄弟・姉妹はいらっしゃいますか　いない　・　いる（　　人兄弟(姉妹)の　　番目）

7、今までにかかった病気に○をつけてください。

突発性発疹　・　はしか　・　風しん　・　水ぼうそう　・　おたふく　・　百日咳　・　気管支炎　・　ぜんそく

肺炎　・　下痢　・　嘔吐しやすい　・　風邪ひきやすい　・　その他（　　）

ひきつけ　→　最終:　　年　　月　　日、計　　回、　抗けいれん剤の使用:　無　・　有　（薬名:　　）

8、現在治療中の病気はありますか。

他の病院にかかっていますか？　　はい　・　いいえ　　＜病名＞＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

9、入院されたことはありますか。　いいえ　・　はい　（はいの方は以下ご記入ください）

病名:（　　）　いつ:（　　年　　月　　日から　　日間）

→その後、定期健診はされていますか？　いいえ　・　はい（病院名:　　間隔:　　おき）

10、食物アレルギーの有無　　ない　・　ある（食品名:　　）・　わからない

11、薬に対するアレルギーの有無　　ない　・　ある（薬名:　　）・　わからない

12、お薬は飲めますか　　はい(水薬　・　粉薬　・　錠剤　・　カプセル）・　苦手　・　わからない

（DDまっぷホームページより印刷）