初　診　問　診　表

フリガナ		男・女	生　年　月　日
氏名			平成　　年　　月　　日 （　　才　　ヶ月）
住所		電話番号	

1　出生時の事で伝えておきたい事

〔　　〕

2　今までにかかった病気に〇印をつけてください

喘息　　肺炎　　熱性けいれん

突発性発疹　　水痘　　おたふくかぜ

その他（　　）

3　食物アレルギーの有無　ある・なし　（食品名：　　）・不明

4　薬に対するアレルギーの有無　　ある・なし（薬名：　　）・不明

5　就学前のお子様にお伺いします、　通園している所がありますか

託児所　　保育園　　幼稚園　　なし

6　今飲んでいる薬・使っている薬　（　ある・　なし　）

※お薬手帳をお持ちの方はお出しください

7　今日の診察目的に〇印をつけてください　（体温　　度）

発熱　　咳　　鼻水　　咽頭痛　　頭痛

腹痛　　吐き気　　嘔吐　　下痢　　便秘

湿疹　　かゆみ

その他の症状

（　　）