

# 東小金井駅前こどもクリニック

## 問診票（初診の方用）

平成 年 月 日.

フリガナ			
氏名			
生年月日	大・昭・平	年	月 日（才）
性別	男・女	_____ 保育園・幼稚園・__学校	
フリガナ			
住所	〒 _____ _____ 市 _____ 町 _____		
電話番号	（ ） _____		
携帯電話	_____		

身長：\_\_\_\_\_cm 体重：\_\_\_\_\_kg 体温：\_\_\_\_\_℃

1.本日の症状をお書きください。（該当する欄に○をつけてください）

発熱・咳・鼻水・たん・のどの痛み・発疹・頭痛・だるい  
・食欲がない・体重減少・腹痛・吐き気・おう吐・下痢・便秘

その症状はいつから始まりましたか？（\_\_\_\_\_頃から）

その他、具体的にお書きください。

[ \_\_\_\_\_ ]

2.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 ・ぜんそく  
・ひきつけ（\_\_歳\_\_か月時） ・川崎病 ・その他（\_\_\_\_\_）

3.現在、服用中のお薬があればお書きください。

[ \_\_\_\_\_ ]

4.下記のアレルギー疾患はありますか。

・気管支ぜんそく・アレルギー性鼻炎・アトピー性皮膚炎・花粉症・その他（\_\_\_\_\_）

5.このクリニックは何でお知りになりましたか。

①看板（窓） ②広告（ちらし・はがき） ③友人、知人の紹介 ④当院ホームページ  
⑤病院検索サイト ⑥役所・保健所からの紹介 ⑦家族

6.ご家族構成を教えてください。

父：\_\_\_\_\_歳（アレルギー 有・無）

母：\_\_\_\_\_歳（アレルギー 有・無）

兄弟・姉妹：\_\_\_\_\_歳 \_\_\_\_\_歳 \_\_\_\_\_歳

ご協力ありがとうございました。