

# 東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	〒 - 市 町		
	( ) 保育園 ・ 幼稚園 ・ 小 中 学校		
連絡先	携帯	-	- 父・母
	自宅	-	-
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     チラシ     家族や知人の紹介     ホームページ     他院紹介  
 近所     その他 ( \_\_\_\_\_ )

ご協力ありがとうございました。



東小金井駅前  
こどもクリニック