

初診問診票



がまくりファミリークリニック

問診票記入者： (続柄：)

ふりがな
お名前： 年齢： 歳 性別 男・女

身長 cm 体重： kg 来院時体温： °C

今日はどのようなことで来院されましたか？

- *いつ頃からはじまりましたか。 年 月 日 頃
- *そのことで他の医療機関にかかりましたか。 ☐ はい ☐ いいえ
- *そこではどのような説明を受けましたか。 []

いままでのご病気

- ☐ 特になし ☐ あり→☐ 熱性けいれん ☐ それ以外のけいれん ☐ ぜんそく ☐ アトピー性皮膚炎
- ☐ 水ぼうそう ☐ おたふく ☐ 川崎病 ☐ 心臓病 ☐ 腎臓病 ☐ その他：()

今飲んでいるお薬

- ☐ ない ☐ ある→ ()

アレルギー

- ☐ ない ☐ ある→ (薬/食品など)

予防接種の接種内容やスケジュール等についてご心配がありますか？

- ☐ ない ☐ 相談希望 ()

ご家族のタバコ

- ☐ 吸わない ☐ 吸う→ ☐ 父親 ☐ 母親 ☐ 祖父 ☐ 祖母 ☐ 兄弟 ☐ ほか ()

ご家族の病気 (どなたが?)

- ☐ 薬疹 () ☐ 喘息 () ☐ アトピー性皮膚炎 () ☐ 糖尿病 ()
- ☐ 心臓病 () ☐ 腎臓病 () ☐ 肝炎 () ☐ その他： ()

【発熱など急性症状でおかかりの方】

- * ご本人以外で、発熱のある方、または数日以内に発熱があったご家族がいますか？ (はい ・ いいえ)
- * 通園・通学先で流行している病気がありますか？ (はい ・ いいえ) 通園・通学先 ()
- * 今回の症状で病児保育室トコトコの利用を希望する場合は○をしてください ⇒ (希望あり ・ なし)