

ひまわり子どもアレルギーのクリニック 問診票（初診用）

| | | | |
|---------------|-----|------|---------------------------|
| ふりがな | | 性別 | 男 ・ 女 |
| お名前 | | 生年月日 | H / R 年 月 日 年齢（ 歳 か月 ） |
| 住所 | 〒 - | 電話番号 | 携帯（続柄： ） - - |
| | | | 自宅 - - |
| 通っている 園・学校 | | 体温 | °C |
| | | 体重 | kg |

1-①.今日はどのような症状がありますか？当てはまるものに○をつけてください。

発熱（体温 °C） 咳（痰がからむ／乾いた／ぜいぜい／けんけん）
鼻水（透明／色つき） のどの痛み 腹痛 嘔吐（1日 回） 下痢（1日 回）
頭痛 発疹 その他（ ）

1-②.症状はいつからですか？（経過などを順を追ってご記入ください）

1-③.周囲（ご家族や園、学校）で同様の症状の方がいたり、感染症が流行していたりしますか？
ない・ある（ ）

2.現在使っている薬があればご記入ください。
ない・ある（ ）

3.これまで手術や入院をされたことがあればご記入ください。
ない・ある（ ）

4.いままでにかかったことがある病気があれば○をつけてください。
熱性けいれん てんかん 川崎病 気管支喘息 クループ おたふくかぜ 水ぼうそう
アトピー性皮膚炎 溶連菌感染症 便秘
その他（ ）

5.食べ物やお薬、そのほかアレルギーがあればご記入ください。
ない・ある（ ）

6.その他聞いておきたいこと、伝えておきたいことなどがあればお気軽にご記入ください。