

# 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。