

# 初診の方の問診票

記入日 令和 年 月 日

ふりがな

男

お名前

女

生年月日

平成・令和

年

月

日

〒

ご住所

年齢

歳

か月

お電話

( )

体重

kg

体温

℃

1. 今日はどうされましたか？ ある症状に○を付けてください。 その症状はいつ頃からですか？

・発熱（ 体温

℃まで ）

一昨日  昨日  本日  その他（ ）

・鼻汁  一昨日  昨日  本日  その他（ ）

・咳  一昨日  昨日  本日  その他（ ）

・ゼーゼー  一昨日  昨日  本日  その他（ ）

・腹痛  一昨日  昨日  本日  その他（ ）

・下痢  一昨日  昨日  本日  その他（ ）

・嘔吐  一昨日  昨日  本日  その他（ ）

・発疹  一昨日  昨日  本日  その他（ ）

・その他（ ）

一昨日  昨日  本日  その他（ ）

2. 現在、内服中のお薬はありますか？ お薬手帳をお持ちの方はご提示ください。

・いいえ ..... ・はい → それは抗菌薬ですか？ はい（ ） いいえ

3. 周りに同じような症状の方はいますか？

・いいえ ..... ・はい（ ）

4. これまでに特別な病気にかかったことがありますか？

・いいえ ..... ・はい（ ）

5. これまでにお薬や食べ物でアレルギー症状を起こしたことがありますか？

・いいえ ..... ・はい（ ）

6. 最近1か月以内に海外への渡航歴はありますか？

・いいえ ..... ・はい（ ）

7. その他、気になっていることがあればご記入ください。

.....  
.....



もねの里こどもクリニック  
MONENOSATO KODOMO CLINIC

四街道市もねの里6-10-11  
TEL. 043-312-5533