

平成 年 月 日



ときわ台はしもと小児科アレルギー科

問診票(本日、受診された目的は何ですか?)

診察券番号 _____ 番

ふりがな		男 ・ 女				
お名前 _____ さま						
年齢	歳	か月	生年月日 S・H	年	月	日

体温	_____ °C	体重	_____ Kg
----	----------	----	----------

目的	診察	喘息	食物アレルギー	予防接種	健診
----	----	----	---------	------	----

生活の場	自宅・その他(_____)
(_____)	保育園・幼稚園・小学校・中学校・高校

- 今までにかかった病気は?
ない・ある(_____)
- アレルギー ない・ある(_____)
- けいれん ない・ある(_____)
- 現在の薬 ない・ある(_____)

発熱 _____ 月 _____ 日から

咳 _____ 月 _____ 日から

たん ゼエゼエ その他(_____)

鼻水 _____ 月 _____ 日から 青鼻 鼻づまり

痛み _____ 月 _____ 日から

頭 のど おなか 耳 その他(_____)

吐く _____ 月 _____ 日から _____ 時頃から _____ 回

下痢 _____ 月 _____ 日から _____ 回/日

発疹 _____ 月 _____ 日から

頭・顔 首 胸・背中・おなか 手・足 おしり

その他の症状