

# <問診票>

やなづめ小児科・アレルギー科クリニック

フリガナ

お名前 \_\_\_\_\_ 男 ・ 女 生年月日 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
〒 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ ヶ月

住所 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_  
携帯番号 \_\_\_\_\_

1. くすりは (シロップ・粉・錠剤) 希望  
その他、 (座薬・飲み薬の解熱剤・目薬・軟膏) 希望

2. もともと何か病気をお持ちですか? \_\_\_\_\_

3. 今日はどうなさいましたか?

あてはまる症状に○をつけて、いつからか、お書きください。

発熱 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 度 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 度  
\_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 度 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 度

咳 \_\_\_\_\_ 日前～・今日～

耳が痛い \_\_\_\_\_ 日前～・今日～

ゼーゼー \_\_\_\_\_ 日前～・今日～

頭が痛い \_\_\_\_\_ 日前～・今日～

鼻水 \_\_\_\_\_ 日前～・今日～

のどの痛み \_\_\_\_\_ 日前～・今日～

体にブツブツ \_\_\_\_\_ 日前～・今日～

耳の下のはれ \_\_\_\_\_ 日前～・今日～

腹痛 \_\_\_\_\_ 日前～・今日～

嘔吐 \_\_\_\_\_ 日前～・今日～ (1日 \_\_\_\_\_ 回)

下痢 \_\_\_\_\_ 日前～・今日～ (1日 \_\_\_\_\_ 回、色は茶色・黄色・白色)

その他

4. 他の病院にはかかりましたか? (はい・いいえ)

5. 現在、内服中のお薬の名前を教えてください。

\_\_\_\_\_

6. 身体に合わないお薬はありますか? \_\_\_\_\_