



# 初診外来問診表



ふりがな  
名前 \_\_\_\_\_ (男・女)

生年月日 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生まれ \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ ヶ月 (生後 \_\_\_\_\_ 日目)

電話番号 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ 携帯番号 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_ 来院時の体温 \_\_\_\_\_ °C 体重 \_\_\_\_\_ kg

通園・通学をされていますか？

名称 \_\_\_\_\_ 託児所・保育園・幼稚園・小(中)学校・通園していない

①いつから、どのような症状で来院されましたか？ 具体的にご記入ください。

(熱・咳・鼻水・吐き気・嘔吐・下痢・腹痛・便秘 など)

.....  
.....  
.....  
.....

②家族や園・学校に具合の悪い方はおられますか？

いない・いる 家( \_\_\_\_\_ )、園・学校( \_\_\_\_\_ )

③食事(お菓子を含む)や水分はとれていますか？

とれている・いつもの半分かくらい・とれていない(いつからですか \_\_\_\_\_ )

④他院で治療中の病気はありますか？

ない・ある(医院名: \_\_\_\_\_ )、(病名: \_\_\_\_\_ )

⑤飲んでいるお薬はありますか？ ない・ある(お薬手帳をお持ちでしたら提出してください)

(薬品名: \_\_\_\_\_ )

⑥今までに処方された薬を使用して、何らかの症状が出たことがありますか？

ない・ある(薬品名: \_\_\_\_\_ 症状: \_\_\_\_\_ )

⑦今までに痙攣を起こしたことはありますか？

ない・ある( \_\_\_\_\_ 歳~ \_\_\_\_\_ 回 痙攣時間は \_\_\_\_\_ 分くらい 痙攣時の発熱 有・無 )

⑧今までに喘息(喘息ぎみ)と診断されたことはありますか？

ない・ある( \_\_\_\_\_ 歳~ \_\_\_\_\_ 喘息での入院歴はありますか 有・無)

⑨今までに食物アレルギーと診断されたことはありますか？

ない・ある(食品名: \_\_\_\_\_ 症状: \_\_\_\_\_ )

⑩下記の病気と診断された事があれば、○をつけて年齢も記入してください。

(高次機能障害 \_\_\_\_\_ 歳~) (てんかん \_\_\_\_\_ 歳~)

(川崎病 \_\_\_\_\_ 歳)

⑪上記以外に、今までに大きな病気にかかったことがありますか？

( \_\_\_\_\_ )

( \_\_\_\_\_ )

