

# 初診の方 予診票

ふりがな		性別	体重	体温
お名前		男・女	kg	. °C
生年月日	平成・令和	年	月	日
			歳	か月
( ) 幼稚園・幼稚園・保育園・小学校・中学校・その他				
付き添いの方 のお名前		続柄	電話番号	
			(携帯)	
			(自宅)	
ご住所	〒 —			
どのようなことが心配で来院されましたか？ その症状はいつからですか？ ( / から)				
<input type="checkbox"/> 発熱 ( / から) (最高 . °C) <input type="checkbox"/> 咽頭痛・耳痛・頭痛 <input type="checkbox"/> 咳・鼻汁 <input type="checkbox"/> 喘鳴 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 発疹・湿疹 <input type="checkbox"/> アレルギー (食べ物・アトピー・喘息・花粉症) <input type="checkbox"/> 頻尿・排尿時痛 <input type="checkbox"/> 夜尿症 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
お聞きになりたい、伝えたいことなど、ご自由にお書きください				
周囲・ご家族で流行している感染症はありますか？ ( なし ・あり ) 具体的に ( )				
<input type="checkbox"/> 1週間以内に大阪・東京での外食・カラオケはありますか (ご家族含む) ( なし ・あり )				
これまでに指摘された大きな病気はありますか？ ( なし ・あり )				
今、使われているお薬はありますか？ ( なし ・あり ) ※お薬の名前がわかれば診察時に教えて下さい				
アレルギーはありますか？ ( なし ・あり ) <input type="checkbox"/> 食物 <input type="checkbox"/> 薬物 <input type="checkbox"/> その他 : ( )				

☆ご協力ありがとうございました☆

なかや小児科