

# 初診問診票

(フリガナ)

名前： \_\_\_\_\_ 生年月日（西暦）： \_\_\_\_\_ （男・女）

所属： \_\_\_\_\_ 幼稚園、保育園、各種施設、小学校、中学校、高校

以下の症状がある方はをお願いします。

発熱（家で \_\_\_\_\_ 度）、 咳、 鼻汁、 嘔吐、 下痢

本日はどうなさいましたか？（いつから）

上記のことで他院を受診されましたか？

はい、いいえ

はいの方にお尋ねします、病院名と処方薬を教えてください

病院名：

処方薬：

診察時間について、ご希望をおききします。

できるだけ短時間で終わらせてほしい どちらでもよい

※待ち時間は急患を除き順番通りになります。ご了承ください。

アレルギーがあれば教えてください。

気管支喘息

アレルギー性鼻炎

アトピー性皮膚炎

アレルギー性結膜炎

食物アレルギー（ \_\_\_\_\_ ）

じんましん

薬物アレルギー（ \_\_\_\_\_ ）

その他のアレルギー（ \_\_\_\_\_ ）

入院歴、大きな病気があればご記入ください。