



みなくちこどもクリニック 問診票 (初診用)

記入日： 年 月 日

ふりがな		性別	男 ・ 女		
お名前		生年月日	H / R 年 月 日 年齢 (歳 か月)		
住所	〒 -	電話番号	携帯(続柄:)		
			自宅		
通っている 園・学校		体温	°C		
		体重	kg	身長	cm

1-①.今日はどうのような症状がありますか？当てはまるものに○をつけてください。

発熱 咳 鼻水 のどの痛み 腹痛 嘔吐 下痢 頭痛 発疹

その他 ()

1-②.症状はいつからですか？(経過などをご記入ください)

1-③.周囲(ご家族や園、学校)で同様の症状の方がいたり、感染症が流行していたりしますか？

2.現在使っている薬があればご記入ください。

3.これまで手術や入院をされたことがあればご記入ください。

4.いままでにかかったことがある病気があれば○をつけてください。

熱性けいれん てんかん 川崎病 気管支喘息 クループ おたふくかぜ 水ぼうそう

その他 ()

5.食べ物やお薬、そのほかアレルギーがあればご記入ください。