

# 小児科・アレルギー科問診票(初診用)

受診日 令和 年 月 日

ふりがな  
お名前

男・女

体温(当院で測定したもの) °C

生年月日 昭・平・令 年 月 日

(1) 本日はどのような症状で来院されましたか？ (詳しくご記入ください)

いつ頃から:

症状:

(2) 現在、他院にて治療中の病気はありますか？ (はい・いいえ)

病院名:

病名:

内薬中の薬剤:

(3) 今までにかかった病気はありますか？該当するものに○をつけてください。

・いつ頃から？ ( )

気管支喘息・喘息性気管支炎・急性肺炎・アトピー性皮膚炎  
アレルギー性鼻炎・アレルギー性結膜炎・花粉症・食物アレルギー ( )  
熱性痙攣・水痘・おたふく・溶連菌感染症・副鼻腔炎  
心臓病・腎臓病・肝臓病・高血圧・糖尿病・虫垂炎・胃潰瘍  
悪性腫瘍(部位) ( )その他 ( )

・入院されたことはありますか？ (はい・いいえ) 【病名】

・手術されたことはありますか？ (はい・いいえ) 【病名】

(4) お薬や食べ物でアレルギー症状が出たことがありますか？ (はい・いいえ)

『はい』とお答えの方 → お薬・食べ物の名前 ( )

※新型コロナウイルスに感染されたことはありますか？

(なし・あり ⇒ いつ頃ですか？ 令和 年 月 日)

## 【こどもの患者さまについて】

(1) 生まれた時の体重 \_\_\_\_\_ g 現在の体重 \_\_\_\_\_ g

(2) ご家族について教えてください。

兄	(	年	月	日生)	(	年	月	日生)
弟	(	年	月	日生)	(	年	月	日生)
姉	(	年	月	日生)	(	年	月	日生)
妹	(	年	月	日生)	(	年	月	日生)

(3) お薬についてご希望がありましたら○をつけてください。

粉薬・シロップ・錠剤・その他 ( )

(4) 幼稚園・保育園・学校名 ( ) 周りの流行 (あり・なし 病名: )

## 【大人の患者様について】

(1) 嗜好品についてお聞きします。

たばこ: 吸わない・吸う(1日 本 / 約 年間)  
酒: 飲まない・飲む(種類: 量: mL/ 頻度 週 回・月 回)

(2) 女性にお聞きします。

妊娠中ですか？ (はい・いいえ) 授乳中ですか？ (はい・いいえ)  
月経(順調・不調) 閉経(才)

ご協力ありがとうございました  
高重記念クリニック