

フリガナ		男 生年月日 年 月 日 (才) 女
お名前		
ご住所	〒	Tel ( ) —

なかもとキッズクリニック 初診問診票

年 月 日

身長 \_\_\_\_\_ cm      体重 \_\_\_\_\_ kg      熱 \_\_\_\_\_ °C

- ① どのような症状で来院されましたか。○をつけてください。  
 発熱    咳    鼻水    鼻づまり    のどが痛い    頭が痛い    お腹がはる  
 気もちが悪い    嘔吐    下痢    腹痛    うんちが出ていない  
 その他( \_\_\_\_\_ )
- ② その症状はいつ頃からありますか。  
 ・( \_\_\_\_\_ )は( \_\_\_\_\_ )から  
 ・( \_\_\_\_\_ )は( \_\_\_\_\_ )から
- ③ まわりで何か流行っている感染症はありますか。  
 ・なし  
 ・あり→
- ④ 今まで熱性けいれんやてんかんなどの神経疾患の既往がありますか。  
 ・なし  
 ・あり→
- ⑤ 今まで喘息などのアレルギー疾患の既往がありますか。  
 ・なし  
 ・あり→
- ⑥ その他、過去に大きなご病気をされたことがありますか。  
 ・なし  
 ・あり→
- ⑦ 食物や薬でじんま疹や下痢などのアレルギー症状がでたことはありますか。  
 ・なし  
 ・あり→
- ⑧ ワクチンなどや症状のことで他にあれば下に記して下さい。