

# 問診表 (小児)6歳以上

ふりがな

お名前

様 (男の子・女の子)

年齢 ( )歳( )ヶ月

体重 ( )kg

現在の体温 ( )度

◎今日の主な症状 (  にチェックしてください )

- 発熱     鼻水、咳、喉の痛み     腹痛、下痢、嘔吐  
 発疹     頭痛  
 みずぼうそう、おたふくかも     その他 ( )

① これまでに何か特別な病気、手術、入院などはありますか？

いいえ    はい→( )

② これまでに何らかのアレルギーを指摘されたことはありますか？

いいえ    はい→(  食物アレルギー     アトピー性皮膚炎     喘息 )  
(  鼻炎     他 \_\_\_\_\_ )

③ 薬のアレルギーはありますか？

いいえ    はい→薬の名前( )     不詳

④ 血縁者にアトピー性皮膚炎の方はいらっしゃいますか？

いいえ    はい→どなたですか( )

⑤ 血縁者に喘息の方はいらっしゃいますか？

いいえ    はい→どなたですか( )

⑥ 血縁者にその他のアレルギー疾患(花粉症など)のある方はいらっしゃいますか？

いいえ    はい

⑦ 同居者に喫煙習慣のある方はいらっしゃいますか？

いいえ    はい

⑧ 同居者の人数をおきかせください。(ご本人を含めての人数)

1人    2人    3人    4人    5人    6人以上

⑨ 1カ月以内に海外に行っていますか？

いいえ    はい( 渡航先 \_\_\_\_\_ )

《アンケートにご協力ください》

<ご来院のきっかけをおきかせください。>

- 近所に住んでいる     家族がかかっている  
 ホームページをみて     くちコミ     紹介