

ご記入いただいたものを、当日お持ち
いただき、受付におだください。

* 食物アレルギーで初めて受診される方は
別紙「食物アレルギー問診票」にもご記入ください。

この用紙は当院「個人情報取り扱い規則」に基づいて処理し
ます。別紙内容をご確認の上ご記入ください。

ID _____

初診問診票 (小中学生)

ふりがな				両親の氏名	
氏名	男・女			父	
生年月日	平	年	月 日 ()才		
住所				母	
電話番号	() -	携帯	() -		
マイナンバー保険証による診療情報取得に同意されますか？ (他院の通院歴や処方歴など)					はい いいえ

* 今日のご相談内容をお書きください

今の熱 ()℃ 体重 ()kg

* 現在内服や使用している薬があれば お書きください

* 今までに経験した病気や怪我があればお書きください

年齢	病名	病院名	○をしてください
			通院・入院
			通院・入院
			通院・入院

* 薬で具合が悪くなった事がありますか？ある方は薬の名前と症状をお書きください

* 今までに受けた予防接種に○をつけてください

麻疹風疹混合	1期(1歳)・2期(年長)	
日本脳炎	初回(1回 2回)	追加 2期(9歳以上)
水痘	接種済み(1回 2回)	接種未 かった
おたふくかぜ	接種済み(1回 2回)	接種未 かった

* 現在されているスポーツや部活があればお書きください

* 裏もごさいます

*治療についてのご希望をお聞かせください（各項目を○×で記入してください）

<input type="checkbox"/> 検査を希望	☆その他のご希望があればお書きください
<input type="checkbox"/> ステロイドの塗り薬を使用したくない	
<input type="checkbox"/> 薬で治ればよい	
<input type="checkbox"/> 食事療法について相談したい	

*ご家族のアレルギーとペットについてお尋ねします(例:喘息 鼻炎 アトピー性皮膚炎 じんま疹 など)

続柄	病名	☆ペットを飼育していますか？
		いない
		している
		<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> (<div style="display: flex; gap: 20px;"> 室内犬 外犬 </div>) </div>
		ネコ
		その他()

*アレルギーの検査を受けた事がありますか？

<input type="checkbox"/> ない ・ <input type="checkbox"/> ある（血液検査・皮膚プリックテスト）	→ 検査結果をお持ちの方は受付にお出してください
---	--------------------------

*他の医療機関にて治療を受けていた方で今回アレルギーの相談をされる方は、かんたんな経過をお書きください。

年齢	大まかな症状 または 病名	病院名	治療内容 経過