

ほーむけあクリニック 皮膚科初診問診票（15歳以下）

I D _____ 記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

カナ _____ (男・女)

氏名 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 年齢 _____ 歳 _____ ヶ月

〒 _____
住所 _____

電話 自宅 (_____ - _____) 携帯 (_____ - _____)

身長 _____ cm 体重 _____ kg 体温 _____ °C

1. 症状

いつ/いつから (_____) どころが (_____)
かゆい 痛い 赤い 腫れている けがをした やけどした
その他 (_____)

2. 希望している検査、治療があれば教えてください。

3. 他の医療機関にかかっていますか

かかっていない
かかっている 病名: _____ 病院名: _____

4. 飲んでいる薬はありますか

ない ある お薬手帳 あり なし 薬の名前: _____

5. 以下の病気にかかったことがありますか

水痘（水ぼうそう） ムンプス（おたふくかぜ） 突発性発疹
けいれん（熱性けいれん） ぜんそく性気管支炎 アトピー性皮膚炎
気管支ぜんそく その他アレルギー性疾患（鼻炎、結膜炎、じんましんなど）
そのほかに大きな病気、または入院したことがあれば教えてください。

6. 家族、幼稚園/保育園、学校等で流行している病気はありますか

ない あり ()

7. 通っている幼稚園/保育園、学校を教えてください(感染・流行状況把握のため)

8. 一緒に住んでいる家族構成を教えてください。(○をしてください)

父親・母親・祖父・祖母・兄・姉・弟・妹 その他 ()

9. 薬の形状はどれがいいですか (シロップ ・ 粉薬 ・ 錠剤)

10. その他必要なこと、伝えたいことがあれば教えてください。

11. 当院に来院したきっかけ

他院からの紹介(病院名:) ホームページ

知人からの紹介()様より) ご近所

その他() LINE