

診

ほーむけあクリニック 内科初診問診票（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. 受診目的

体調不良 → 2. または 3. へお進みください

健康診断 → 4. へお進みください

予防接種 → 4. へお進みください

その他 _____

2. 症状

いつから 本日 (_____ 時頃から) 昨日 おととい (_____) からどこが/どのように _____

発熱 咳 ぜーぜー 鼻つまり 健康診断 のどが痛い くしゃみ

鼻水 頭痛 腹痛 下痢 嘔吐 発しん その他 (_____)

3. 希望している検査、治療があれば教えてください。

4. 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: _____

5. 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：_____

6. 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。

7. 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（ _____ ）

8. 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）

9. 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（ _____ ）

10. 薬の形状はどれがいいですか（ シロップ ・ 粉薬 ・ 錠剤 ）

11. 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。

12. 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