

問診表（小学生以上のお子様）

フリガナ

お名前

男・女

生年月日 H 年 月 日()歳 体重()kg

住所 〒

電話番号 (自宅)

(携帯)

★検査結果などで異常があり、至急連絡をとりたい場合は、どちらの電話がよろしいでしょうか？

()自宅 ()携帯 ()電話はしないでほしい

1. 本日は いつから どのような症状があって 来院されましたか？具体的にご記入ください。

2. あてはまるものに ○ をつけてください。

1) 既往歴 : アレルギー性鼻炎 アレルギー性結膜炎 アトピー性皮膚炎 気管支喘息
心疾患 川崎病 高血圧症 高脂血症 糖尿病
その他()

2) ご家族（両親・兄弟姉妹・祖父母）で下記の疾患の方はいらっしゃいますか？

気管支喘息 アレルギー性鼻炎 アトピー性皮膚炎 糖尿病 高血圧 高脂血症
その他伝えておきたい病気()

3) お薬でアレルギーが出たことがありますか？ ()はい ()いいえ

「はい」の方は薬剤名をお書き下さい：()

4) 食べ物でアレルギーが出たことはありますか？ ()はい ()いいえ

「はい」の方は食物名をお書き下さい：()

5) 現在、定期的に服薬しているお薬のある方はお書きください。

()

6) ご家族で当院に通院なさっている方がいらっしゃいましたらお名前をお教えてください。

()

7) その他、質問・ご希望等ございましたら お書きください。