ID：

初診時問診表　体温(　　℃)　体重(　　kg)(　　g)

ふりがな

お名前（　　）　性別：男・女

生年月日(昭和・平成・令和　　年　　月　　日)　年齢(　　歳　　か月)

保護者様のお名前(　　)　父・母・祖父・祖母・その他(　　)

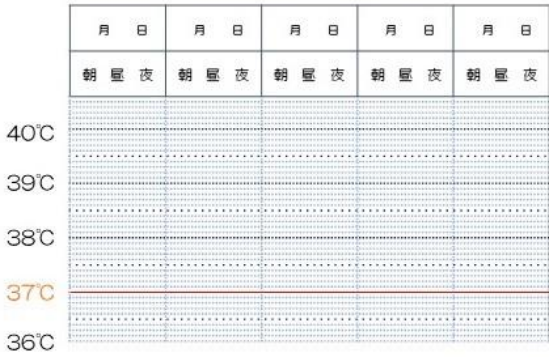
住所(〒　　)

電話番号(自宅：　　ー　　ー　　携帯：　　ー　　ー　　)

学校・保育園・幼稚園(　　保育園・幼稚園・小学校・中学校)

- 今日はどうされましたか？　いつから症状がありますか？　詳しい状況をお書きください。

熱が長く続いているかたは、体温の経過を以下のグラフにかいていただけると助かります。



- この１週間以内に飲んでいたお薬はありますか？

※お薬手帳を受付にお渡しください。

なし　　あり（薬手帳が無い場合は薬の名前を記載）

- これまでにかかった病気はありますか？　また、持病はありますか？

なし　　あり

喘息　アトピー性皮膚炎　アレルギー性鼻炎　花粉症　熱性けいれん(計　　回)

てんかん　心臓病　未熟児出生　腎炎

その他(　　)

- アレルギーはありますか？（薬剤、食物、花粉・ダニなど）

なし　　あり　　わからない

薬(　　)　卵　　牛乳・乳製品　　小麦　　大豆　　ナッツ類（　　）

甲殻類　そば　ハウスダスト　ダニ　アルコール(消毒薬)　その他(　　)

- 次のワクチンは接種していますか？

・ヒブ・肺炎球菌　：　はい　いいえ　分からない　　・ロタウイルス：はい　いいえ　分からない

- 検査、処方について、ご希望があればお書きください。※治療上、希望に添えないこともあります。

処方：□シロップがいい　□粉薬がいい　□錠剤がいい　□解熱剤がほしい（　坐薬・内服薬　）

その他の希望（　　）

- Fax 希望の薬局（特定の薬局がある場合ご記入ください）

くれよん薬局・その他（　　）

✧ くれこどもクリニックをどこでお知りになりましたか？

口コミ(　　)　ホームページ　　通りがかかり　　その他(　　)

✧ 診察の前には、おなかや背中をすぐに出すことができるように準備して下さいね。