

(小児用)

問診票

年 月 日

フリガナ		性別	生年月日	大・昭・平・令
お名前		男・女		年 月 日 (歳 ヲ月)
住所	〒			
電話番号		携帯番号		

★本日はどうされましたか？

★いつ頃から調子が悪いですか？

 頃から

★今までにかかったことがある病気を教えてください。

- ぜんそく じんましん
アトピー性皮膚炎 その他大きな病気
アレルギー性鼻炎 (病名: _____)

★現在薬を飲んでいますか？

はい ⇒

薬の名前がわかれば記入してください。

いいえ

★手術を受けたことがありますか？

はい ⇒ (_____) 年頃 (手術した部位: _____)

いいえ

★今までに飲んだり注射した薬でアレルギーをおこしたことがありますか？

はい ⇒

原因がわかれば記入してください。

いいえ

★食べ物のアレルギーがありますか？

はい ⇒

原因がわかれば記入してください。

いいえ

★血縁者に特異体質・アレルギー体質の方はいますか？

- はい
いいえ

★体重をおしえてください。 _____ kg

フリガナ		性別	生年月日	大・昭・平・令
お名前		男・女		年 月 日 (歳)

新型コロナウイルスに感染した方と濃厚接触がありましたか？ はい / いいえ

今回の症状が出る前の2週間以内に新型コロナウイルスが多発している地域にまたは外国に行きましたか？
はい / いいえ

最近、感染者が多発した施設あるいはイベントに行きましたか？
はい / いいえ

最近「臭いや味を感じない」などの症状は感じますか？
はい / いいえ

同居人または家族の方で2週間以内にコロナウイルスが多発している地域にまたは外国に行きましたか？
はい / いいえ

体温：

体重：

※体温はクリニックにて測定