

(小児用)

問診票

年 月 日

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