

ふりがな

氏名 殿 年齢 才 ヶ月 年 月 日生 性別 男・女

住所 〒□□□ - □□□□

電話

身長 cm 体重 kg 体温 °C

以下に該当するものに☑チェック、もしくは記載して下さい。

今回の症状はいつからですか？

今回の症状は？ ☐発熱（最高 °C）、☐のどの痛み、☐咳、痰、☐鼻水、☐胸の痛み、☐けいれん、☐意識混濁、☐活気がない、☐機嫌悪い、☐食欲低下、☐体重増加不良、☐頭痛、☐嘔気、嘔吐、☐腹痛、☐便秘、☐下痢、☐灰白色便、☐血便、☐血尿、☐眼の症状（充血、かゆみ、目やに）、☐首の腫れ、☐口唇の腫脹、発赤、☐舌のぶつぶつ、☐皮膚の発疹、発赤、☐皮膚の乾燥、☐皮膚の掻痒、☐BCG 部位の発赤、腫脹、☐四肢末端の発赤、腫脹、もしくは皮膚の皮がむける、☐その他：

周囲に流行している病気は？☐なし、☐あり、何ですか？

既往歴：☐はしか（麻疹）、☐風疹、☐おたふくかぜ（流行性耳下腺炎）、☐水痘（水ぼうそう）、☐突発性発疹、☐熱性けいれん、☐クループ、☐百日咳、☐肺炎（起炎菌？ ）、☐てんかん、☐心臓病、☐腸重積、☐腎臓病、☐尿路感染症、☐水腎症、☐川崎病、☐喘息（治療は？ ）

☐その他： 病名手術歴 ☐なし・☐あり 何の手術ですか？ 輸血歴 ☐なし・☐あり現在治療中の病気は？ ☐なし・☐あり どんな病気ですか？現在内服しているお薬は？☐なし・☐あり

予防接種：すでに行ったものに☑チェックを入れてください。

☐DPT（ジフテリア、百日咳、破傷風）、☐BCG、☐ポリオ、☐MR（麻疹、風疹）、☐日本脳炎、☐Hib（インフルエンザ桿菌）、☐肺炎球菌、☐インフルエンザ、☐水痘、☐おたふく、☐B 型肝炎、☐A 型肝炎、☐トウウイルス、☐その他：

アレルギーの有無について：薬のアレルギー ☐なし・☐あり、薬は？食物アレルギー ☐なし・☐あり 原因の食物は？☐卵、☐牛乳、☐小麦、☐その他の食べ物その他のアレルギー ☐なし・☐あり 何ですか？どんな薬のお薬が飲めますか？☐シロップ、☐粉薬、☐錠剤もしくはカプセル。アンケート：当クリニックをどのようにして知りましたか？☐家人、知人の勧め、☐インターネットの HP、☐看板、☐その他

ご質問や不安な点があればご自由にお書きください。

☐この問診票を近隣薬局でご利用を希望される方は、左の□に☑をいれてください。
お会計の際にお渡し致します。ご活用ください。

書き終わりましたら、受付にお出してください。

桜木内科クリニック 03-3827-8401