

～問診票～

受診日 年 月 日

体温 度

ふりがな

お名前 () (男・女) ※お子様は体重も (kg)

生年月日 (大・昭・平・令 年 月 日) 年齢 (才)

〒 (-)

住所 ()

電話 (- -) 携帯 (- -)

※未成年の方は、こちらの記入もお願いします。

ふりがな

保護者お名前 () 続柄 () 年齢 (才)

〒 (-)

住所 ()

電話 (- -) 携帯 (- -)

・本日はどのような症状でいらっしゃいましたか？

・その症状はいつから始まりましたか？

・現在どちらの医院、もしくは病院で治療中の病気はありますか？

あり

なし

・ある方は教えて下さい

病名：

・過去に喘息と診断されたことがありますか？

あり

なし

・過去に痛み止めや、熱を下げる薬で(湿布も含みます)喘息発作が出たことはありますか？

あり

なし

・過去にお薬でアレルギーが出たことはありますか？

あり

薬品名 ()

なし

・食べ物のアレルギーが出たことはありますか？

あり

食品名 ()

なし

〈女性の方に伺います〉

・現在、妊娠中ですか？ はい (ヶ月)

いいえ

・現在、授乳中ですか？ はい

いいえ