

茗荷谷キッズクリニック
患者登録表・問診票（小児、初診）

ふりがな
お名前

様 性別 男・女

生年月日 平成 年 月 日 歳

住所 連絡先電話

通園（保育園・幼稚園）なし・あり 園名

学校名 流行 なし・あり（病名）

3か月以内の海外渡航歴 なし・あり（渡航先：）

出生時 在胎 週 日 g

出生時のことで伝えておきたいことはありますか？（）

今までにかかった病気 ○をつけてください

気管支炎／肺炎、中耳炎、ぜんそく、アトピー性皮膚炎、尿路感染症、川崎病、突発性発疹、水ぼうそう、おたふくかぜ、その他（）

熱性けいれん（ 回）

無熱性けいれん（ 回） 抗けいれん薬の使用：なし・あり（薬名：）

入院したことはありますか？ いいえ・はい 病名： 病院：

アレルギーはありますか？ なし・あり・わからない

食物〔 〕 薬剤〔 〕 その他〔 〕

現在、使用しているお薬はありますか？ いいえ・はい（薬名：）

*お薬手帳をお持ちの方は省略可

処方剤形のご希望は？ 粉薬・シロップ・錠剤

解熱剤のご希望は？ なし・あり（粉薬・シロップ・錠剤・坐薬）

※本日のお子さまの症状について 現在の体重 kg、本日の体温 ℃

機嫌 良・不良 睡眠 良・不良 食欲 良・不良

□発熱 日前から

□咳 日前から たん なし・あり 悪化 なし・あり

□ぜーぜー 日前から 悪化 なし・あり

□はなみず 日前から 悪化 なし・あり

□のどの痛み 日前から

□耳の痛み 日前から 右・左

□嘔吐 日前から 回/日 悪化 なし・あり

□下痢 日前から 回/日 水様・泥状・軟便 便の色（ ） 悪化 なし・あり

□腹痛 日前から 場所（ ） 悪化 なし・あり

□頭痛 日前から 場所（ ） 悪化 なし・あり

□発疹 日前から 場所（ ） 悪化 なし・あり

□誤飲 いつ（ ）何（ ）を、どれくらい（ ）飲んだ/食べた

□その他何かあればお書きください〔 〕