



おださが小児アレルギー科

Odasaga Pediatrics And Allergy

問 診 表

フリガナ	生年月日	H	年	月	日
氏名	(男 ・ 女)		(年齢	歳	ヵ月)
住所 〒	連絡先		—	—	
	フリガナ		保護者氏名		

* この用紙は当院の職員のみ拝見します。可能な範囲でご記入ください。

1 来院された目的に○を付けてください。 診察 ・ 紹介 ・ 予防接種 ・ 乳児健診

2 どのような症状で受診されますか？ 体温： _____ ℃

(右に○をつけていただいてもかまいません)

例： 発熱 ・ 吐気 ・ 嘔吐 ・ 咳 ・ 下痢 ・ 腹痛

喘息 ・ アトピー性皮膚炎 ・ 食物アレルギー ・ 等

3 その症状はいつ頃からですか？ _____ 年 _____ 月 _____ 日頃より

4 既往歴についてお聞きします。○で囲んでください。

妊娠：() 週 () 日、出生時体重：() g、仮死 (なし・あり)

妊娠中の経過 : 異常なし・あり ()

産院での経過 : 異常なし・あり ()

乳児健診の経過 : 異常なし・あり ()

☞ 裏面に続きます

*看護師記入欄

体重(kg)	()	身長(cm)	()		
体温(℃)	()	SpO2(%)	()	HR(/分)	()

