

# 基本問診票（中学生未満）

## 千葉駅すばるクリニック

年 月 日

ふりがな お名前	男・女		生年月日	平・令	年	月	日	( 歳)
	〒			連絡先				

\*今現在の体重を教えてください。 ( ) Kg ※毎月月初めに確認させていただきます。

\*今までにかかった病気や治療中の病気があれば○をつけてください。

麻疹（はしか）、水痘（みずぼうそう）、おたふく、風疹、突発性発疹、ひきつけ、百日咳、川崎病、その他（ ）

\*今までに入院や手術をしたことがありますか？

ない ・ ある（その病名： ）

\*下記のアレルギー疾患を今までに指摘されたことがありますか？

気管支喘息・アレルギー性鼻炎・アトピー性皮膚炎・食物アレルギー

\*牛乳・卵・その他食物のアレルギーはございますか？

なし ・ あり ありの方→ ( ) アレルギー

\*のみ薬・注射・麻酔（歯の治療等）などで問題が起きたことはありますか？

なし ・ あり ありの方→ ( ) アレルギー

\*周囲で流行っている病気はありますか？

インフルエンザ・RSウイルス・アデノウイルス・溶連菌感染症・手足口病  
おたふく・みずぼうそう・ノロウイルス・ロタウイルス・その他（ ）

\*今現在、定期通院していますか？ いいえ ・ はい

\*定期服用の薬や **1週間以内**に飲んでいるお薬はありますか？

※お薬手帳や薬の名前が明記されているものがありましたら受付にお見せください。

いいえ ・ はい はいの方→ (病名： )  
(薬名： )

市販薬/お薬手帳あり/常用で飲んでいる/残り【 】日分あり

ご希望するお薬の形状はありますか？ (錠剤 / 散剤 / シロップ)

お薬は1日3回飲めますか？ いいえ ・ はい

2枚目のご記入もよろしくお願い致します。