

ひだの小児クリニック 問診票

ふりがな	男・女	体重	生年月日
氏名		kg	平成
住所 〒		熱	年 月 日
		°C	
電話番号 / 携帯			

1 長期に治療中の病気、長期に服用中の薬について教えてください。

- ない
 あり

詳細

2 現在のアレルギーの状態について教えてください。

- 特にない・わからない

- | | | | |
|--------|-----------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| 卵白 | <input type="checkbox"/> 軽度 | <input type="checkbox"/> 中等度 | <input type="checkbox"/> 重度 |
| 牛乳・ミルク | <input type="checkbox"/> 軽度 | <input type="checkbox"/> 中等度 | <input type="checkbox"/> 重度 |
| ハウスダスト | <input type="checkbox"/> 軽度 | <input type="checkbox"/> 中等度 | <input type="checkbox"/> 重度 |
| ダニ | <input type="checkbox"/> 軽度 | <input type="checkbox"/> 中等度 | <input type="checkbox"/> 重度 |
| スギ | <input type="checkbox"/> 軽度 | <input type="checkbox"/> 中等度 | <input type="checkbox"/> 重度 |
| ヒノキ | <input type="checkbox"/> 軽度 | <input type="checkbox"/> 中等度 | <input type="checkbox"/> 重度 |
| その他 | | | |

3 薬を服用して具合が悪くなる方はお知らせください。

- 特にない・わからない

- | | | | |
|--------------|------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| 抗生剤 | <input type="checkbox"/> 下痢 | <input type="checkbox"/> じんましん | <input type="checkbox"/> その他() |
| かぜ薬 | <input type="checkbox"/> 下痢 | <input type="checkbox"/> じんましん | <input type="checkbox"/> その他() |
| 貼り薬(ホクナリンなど) | <input type="checkbox"/> かぶれ | <input type="checkbox"/> その他() | |
| その他 | | | |

4 希望される薬を教えてください。

- 特にない・わからない

- | | | | |
|------|-----------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| 飲み薬 | <input type="checkbox"/> 粉薬 | <input type="checkbox"/> シロップ | <input type="checkbox"/> 錠剤 |
| 熱さまし | <input type="checkbox"/> 坐薬 | <input type="checkbox"/> 粉薬 | |

5 今までに服薬されたことがありますか。

- はい いいえ