

☆ 小児問診票 ☆

平成 年 月 日

フリガナ 氏名	性別 男性 女性	生年月日 ※15才未満の方は体重を記入してください。 平 (kg) 年 月 日生 (才)
続柄 ご住所 〒 —		自宅電話番号 — — 携帯電話番号 — —

1. いつから(日前・週間前・ヶ月前) (院内体温 °C)

症状は？(当てはまるものに○を付けてください。)

熱がある ・ のどが痛い ・ 鼻水が出る ・ 咳が出る ・ 痰が出る ・ 嘔吐(1日 回)

お腹が痛い ・ 吐き気がする ・ 下痢をしている(1日 回) ・ 頭が痛い

その他 []

2. 今までにかかった病気に○をつけてください。

突発性発疹 ・ はしか ・ 風しん ・ 水ぼうそう ・ おたふく ・ 百日咳 ・ 気管支炎 ・ ぜんそく・肺炎 ・ 下痢 ・ 嘔吐しやすい ・ 風邪ひきやすい ・

その他()

ひきつけ → 最終: 年 月 日、計 回、

抗けいれん剤の使用: 無 ・ 有 (薬名:)

出生時のことで伝えておきたいこと ()

3. 他の病気で現在、受けている治療やお薬があれば教えて下さい

ない・ある(病名)病院名()

薬名()

(* 裏面もお書きください)

<p>4. 今までに入院や手術をした事がありますか？</p> <p>ない・あり 手術歴() 手術した病名()</p> <p>入院歴 ない・ある</p>
<p>5. 食物アレルギーの有無 ない ・ ある</p> <p>(食品名:)・ わからない</p>
<p>6. 薬に対するアレルギーの有無 ない ・ ある</p> <p>(薬名:)・ わからない</p>
<p>7. お薬は飲みますか はい(水薬 ・ 粉薬 ・ 錠剤 ・ カプセル) ・ 苦手 ・ わからない</p>
<p>8. どのようにして当院を知りましたか</p> <p>家族がかかっている・知り合いからの紹介・ 病院からの紹介・ホームページを見て その他()</p>
<p>* ホームページに新たなページを作成しました。休診日など掲載するページです。</p> <p>登録して戴いた方は閲覧出来ます。急な休診、お知らせはメール新聞として登録いただいた アドレスに送信も出来ます。ぜひ、ご活用ください。</p>

* 記載内容は診療に関する目的以外に使用することはありません