

問診票

小児用

初診日 年 月 日 ID

フリガナ	生年月日	平成・令和
氏名	年 月 日生 ()歳()ヵ月	男・女 園・学校名()
ご住所 〒(-)		マンション名(号室)
電話番号	○自宅 () -	○携帯 - -
※緊急連絡先	- -	(お名前: 続柄:)

1) 今日はどのようなことでお越しになりましたか？

熱がある・喉が痛い・痰が絡む・咳(乾いた咳、痰が絡む咳)・鼻水・お腹が痛い・下痢・吐き気・嘔吐
その他 () それはいつ頃からですか？ (前頃から)

2) 今までに、どんな病気にかかりましたか？

はしか、おたふくかぜ、水ぼうそう、風疹、百日咳、川崎病、溶連菌感染症、その他 ()

3) 入院するような大きな病気にかかったことがありますか？また、ご家族の方はいかがでしょうか？

(なし / あり : _____)

4) 手術を受けたことがありますか？

(なし / あり : 何の _____ いつ _____ 歳)

5) ひきつけを起こしたことがありますか？

(なし / あり : どんなときに _____ 歳ごろから _____ 回くらい)

6) 出生時、新生時期についてお聞かせください。

出生体重は (g)

新生児期に、何か異常がありましたか？

(なし / あり : _____)

7) 薬を飲んだり注射を受けた後で気分が悪くなったり、身体にぼつぼつが出たことがありますか？

(なし / あり : 何の薬で _____)

8) 食べ物のアレルギーはありますか？

(なし / あり : 牛乳, 卵, その他 _____)

9) その他、特にご心配なことやご質問されたいことがあればお書きください。

10) 当クリニックをどのようにして知られましたか？

近所なので・お知り合いの方に聞いて()

ネット・広告で()

その他()

様

)

ありがとうございました。

ご記入されました個人情報に関しましては、当クリニックでの診療以外には使用いたしません。



内科・消化器内科・小児科

医療法人 竜安寺クリニック