

問診票

小児用

初診日 年 月 日 ID

フリガナ	生年月日	平成
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:)

当院へのお問合せに関しては、問診票に記載の自宅番号もしくは携帯番号からお願いします。
それ以外の番号からご連絡されると、繋がらない可能性がありますのでご注意ください。

- 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 (様)
ネット・広告で ()・その他 ()

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