

問 診 票 (小児用)

記入日 _____

ふりがな お名前	生年月日 平・令 年 月 日 (歳)	性 別 男 ・ 女
住所 〒 -		体 重 Kg
電話番号	携帯電話 (父・母・)	
		体温 °C

■今日はどうなさいましたか？当てはまる症状に○をつけてください

- ・鼻水 ・せき ・のどの痛み ・たん ・頭痛 ・嘔吐 ・下痢
・腹痛 ・発疹、湿疹 ・その他の症状〔 _____ 〕

■その症状はいつからですか？

〔 _____ 〕

■今までにかかった病気があれば○をつけてください

- ・水ぼうそう ・おたふくかぜ ・はしか ・風疹
・百日咳 ・熱性けいれん ・突発性発疹 ・中耳炎
・その他〔 _____ 〕

■入院されたことはありますか？ はい ・ いいえ

〔 _____ 〕

■今、飲んでおられるお薬はありますか？ はい ・ いいえ

〔お薬名： _____ 〕

※お薬手帳または薬剤情報提供書をお持ちの方は記入不要です。受付にお出してください。

■薬や食べ物のアレルギーはありますか？ はい ・ いいえ ・ わからない

〔食べ物： _____ お薬： _____ 〕

■出生時や健診時に指摘を受けたことはありますか？

はい〔 _____ 〕
いいえ

■家族構成についてお知らせください

・兄弟姉妹はいますか？

いる 兄 (歳) 姉 (歳) ・ いない
弟 (歳) 妹 (歳)

※ 当院で定めた利用目的の範囲内で利用致します。詳しくは掲示物をご覧ください。

