

No.

初診問診票【小児科】

記入日

年

月

日

(フリガナ)

氏名： _____ 様 生年月日： 大 昭 平 令 _____ 年 _____ 月 _____ 日

〒 _____ (←必ず記入してください)

住所： _____

電話番号： _____ - _____ - _____

☆現在の体重 _____ kg 身長 _____ cm 体温 _____ °C

1. 本日来院された理由は何ですか？当てはまるところを ○ で囲んでください。

発熱 (_____ °C) 咳 喉がからむ 鼻水 (透明 ・ 黄色) 鼻づまり

咽頭痛 頭痛

下痢 便秘 吐き気 嘔吐 食欲不振

痛み (胃 ・ 胸 ・ 腹) → 部位 (右 ・ 真ん中 ・ 左)

発疹 → 部位 (手 足 お腹 背中 顔 全身) 蕁麻疹 おむつかぶれ

眼 (かゆみ ・ 目ヤニ)

尿 (頻尿 ・ 血尿 ・ 排尿痛)

その他 (_____)

2. その症状はいつからですか (_____)

3. お済の予防接種を ○ で囲んでください。

ロタウィルス 肺炎球菌 5種混合 BCG B型肝炎

麻疹風疹(MR) 水痘 おたふく 日本脳炎 その他

4. これまでにかかった病気はありますか。

麻疹 風疹 水痘 おたふくかぜ RS 肺炎 突発性発疹

けいれん 喘息 その他(_____)

5. アレルギーはありますか。

なし ・ あり (_____)

6. 家族の方に病気やアレルギーはありますか。(両親・兄弟姉妹で)

なし ・ あり (_____)

7. 今服用中のお薬はありますか。

なし ・ あり (_____)

8. 当院を受診されたきっかけを教えてください。

ホームページを見て ・ 病院検索や口コミサイトを見て ・ 医院の看板を見て

知人の紹介で (ご紹介者 _____ 様)

※個人情報を第三者に提供することはありません。

★ご記入ありがとうございました。受付にお出してください。

医療法人 船内クリニック