

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) 莩麻疹 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。受付にお出しください。

医療法人 船内クリニック