

問診票(小児科)

以下は診療に必要な事柄ですのでご協力ください。

尚、ご記入いただいた情報は大切に管理し、診療行為のみに使用いたします。

平成 年 月 日

ふりがな		生年月日	平成	年	月	日生
お名前	様	年齢	歳	ヶ月		
性別	男 ・ 女	体重	kg			
ご住所	〒		電話	()		

1. なぜ当院を選ばれましたか？

家・職場が近いから 紹介(知人・友人・家族) ホームページ 看板 その他()

2. 本日はどのような症状で来院されましたか？ あてはまる項目に ✓ をつけて下さい。

発熱 _____ 月 _____ 日から 最高 _____ °C 今 _____ °C

咳 _____ 月 _____ 日から
 たん ゼエゼエ その他 ()

鼻水 _____ 月 _____ 日から
 水鼻 青鼻 鼻づまり

痛み _____ 月 _____ 日から
 頭 のど おなか 耳 その他 ()

吐く _____ 月 _____ 日 _____ 時頃から _____ 回

下痢 _____ 月 _____ 日から 1日 _____ 回

発疹 _____ 月 _____ 日から
 頭・顔 首

その他の症状 _____

3. 今までに大きな病気にかかったことはありますか？

はい () いいえ

4. 現在、医師の治療を受けたり、服用している薬がありますか？ ない ある

ある場合 → 分かる範囲で薬の名前(種類)をご記入ください

()

又は、お薬手帳をお持ちの場合はお知らせください。

5. 薬や食べ物のアレルギーはありますか？

はい () いいえ

6. その他、医師にご相談したいことがあれば御記入ください。

()

※お薬手帳をお持ちの場合は受付までお願いします。