

ID:

小児用初診申込問診票

記入日

皆さまの症状をより正確に理解して治療に反映できるよう 問診票の記入をお願いいたします。 K T=

フリガナ	ニックネーム:		
お名前	(男・女)	体重	(g・Kg)
生年月日	平成・令和	年	月 日 (才 ヶ月)
現住所 〒	マンション名 号室		
自宅電話番号	携帯番号	(お名前)	
住所以外の連絡先と名称(会社・実家など)		家族構成()人	
お子さんは()人兄弟・姉妹の()番目 現在(名称:)保育所/幼稚園/学校に通っている			

※年賀状や健康情報を送ってもいいですか? → 希望しない

*どうなさいましたか? どのような症状ですか? いつ頃から? 月 日から

(今回の症状で、他のお医者さんに治療を受けている場合も書いてください。)

*何か薬(処方薬・市販薬)を使いましたか? いいえ・はい (薬名:)

*ご家族や 園・学校で 同様の症状の方はいますか?
いいえ・はい (誰が どのような)

*現在、治療中の病気がありますか? いいえ・はい
はい の方 (病医院名: 病名:)

その医療機関で薬をもらっていますか? いいえ・はい (薬名:)

※お薬の現物や お薬手帳などがあればスタッフにお渡してください。

*これまでに大きな病気・入院・手術がありましたか? いいえ・はい ()

*体に合わない薬・食べ物がありますか?
いいえ・はい → わかれば具体的に (薬名・食べ物 症状)

*今までにかかった病気があれば ○印をつけてください。

突発性発疹 はしか 風疹 水ぼうそう おたふくかぜ 手足口病 ヘルパンギーナ
 りんご病 プール熱 喘息 鼻炎 中耳炎 花粉症 アトピー性皮膚炎 じんましん
 けいれん ひきつけ(熱あり・熱なし) 心臓病 肺炎 肝炎 腎炎 百日咳 川崎病 出生児低体重

*当院をどこでお知りになりましたか? (当てはまるものに○をつけて下さい。複数可)
ご紹介(様より)・近所・看板・ホームページ・病院検索サイト・その他()

*その他 気になること、聞きたいこと、伝えておきたいことがあればお書きください。

(母子手帳をご持参の方は提出をお願いします。)