

NO. _____

問診票【小児用】



日付: _____

フリガナ		生年月日	平成 令和	年	月	日
氏名	(男・女)	年齢	歳		カ月	
		体重	☆必ずご記入ください		kg	不明
住所	〒 -	電話番号	携帯			
			続柄: _____			
		自宅 ()				
お子様の通園/通学先	園	小学校	年	組	体温	℃
		中学校				

★発疹のある方、感染症の疑いがある方はスタッフにお申し出ください。

① 症状があるものを○で囲み、いつからか () に記入してください。

熱 いつ頃 _____ 頃から、最高 _____ °C (_____ 月 _____ 日)

咳 (_____ 頃) ゼイゼイ (_____ 頃) 鼻水 (_____ 頃)

のど痛 (_____ 頃) 頭痛 (_____ 頃) 腹痛 (_____ 頃)

吐き気 (_____ 頃) 嘔吐 (_____ 頃) 下痢 (_____ 頃)

元気がない (_____ 頃から) 水分摂取 (可 ・ 不可) 発疹 (_____ 頃)

※その他気になる症状がありましたら教えてください。

(_____)

② 現在、他院から処方されている薬がありますか? ※お薬手帳をお持ちの方はご提示ください。

ない ある→病院名 [_____]

薬の名前 [_____]

③ 今までにかかった病気があれば○で囲み、年齢をご記入ください。

けいれん、熱性けいれん (_____ 歳) 喘息 (_____ 歳)

みずぼうそう (_____ 歳) おたふくかぜ (_____ 歳)

その他 [_____]

④ 薬や注射でじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことはありますか?

ない ある→薬の名前 [_____]

★ もしよろしければ、当院を受診された理由をお聞かせください。

1.近いから 2.看板を見て 3.人から聞いて [_____ 様]

4.インターネット(ホームページ)を見て 5.他医療機関からの紹介 [施設名: _____]

6.その他 [_____]

★明細書の発行を希望されない方は○をつけてください★ (領収書は通常通り発行します)

明細書の発行を希望しません



のだ内科ファミリークリニック

noda family clinic