

問診票（初診用）

| | | | | | |
|------|-------|---|---|---|---------|
| フリガナ | | | | | |
| お名前 | | | | | 男 女 |
| 生年月日 | S・H・R | 年 | 月 | 日 | (歳 ヲ月) |

● 集団生活をしていますか？

保育園・幼稚園 (園名: / 年少 年中 年長)

小学校・中学校・高校 (学校名: / 学年: 年生)

| | | | |
|---|--|------|--|
| ご住所 | 〒 _____ | | |
| 自宅電話 | | 携帯電話 | |
| メールアドレス | ☆アドレス未登録の方はご記入願います。 次回より診察順番が近くなった時にメールにてお知らせいたします。 | | |
| | _____@_____ | | |
| ※ご登録頂いたメールアドレスは、メール配信に使用するものであり、他の用途で使用する事はありません。 | | | |

● 体重: (_____) kg ● 受診時の体温: (_____) °C

● 現在の症状 (当てはまるものに○と記入して下さい)

・発熱 : なし あり ・発熱は、いつ頃からですか? (_____)

・鼻水 (水っぱな・青っぱな) ・咳 ・喘鳴 (ゼイゼイ)

・頭痛 ・腹痛 ・嘔吐 ・嘔気

・下痢 ・発疹、湿疹 ・耳が痛い (右・左)

・その他 (_____)

● お子さんについて教えてください。

・定期的にかかっている病気がありますか？

ない ある (_____)

・薬や食べ物でアレルギーがありますか？

ない ある (_____)

●希望する薬の剤形はございますか？ ・シロップ ・粉薬 ・錠剤 ・どれでも良い

●本日熱さましはご希望ですか？ ・いらぬい ・いる (坐薬 、 粉薬 、 錠剤)

●他に心配なこと、お伝えしたいことがありましたらご記入下さい。

当院を知ったきっかけ

知人、友人からの紹介

インターネット (当院のホームページ・mimina・その他検索サイト) 【サイト名: _____】

新聞折り込み 近隣に住んでいる 買い物にきたついで バス広告 その他

※以下、お時間があればご記入下さい。

●今までにかかった病気を教えてください。

突発性発疹 みずぼうそう おたふくかぜ はしか 風しん

中耳炎 喘息 手足口病 その他 (_____)

●今まで受けた予防接種を教えてください。

ヒブ 肺炎球菌 4種混合 B型肝炎 〇タ BCG MR (麻疹・風疹)

みずぼうそう おたふくかぜ 日本脳炎 その他 (_____)