

小児科問診票

※太枠内は必ずご記入下さい(新患の方・変更のある方は住所・電話番号の記載もお願い致します。)

フリガナ		生年月日	平	年	月	日	歳
氏名	男・女						
住所	〒 当院初めての方・前回来院時から変更のある方のみ 住所・電話番号の記載をお願いします。	携帯電話		-		-	
		TEL		-		-	

◎体重 _____ kg ◎診察前体温 _____ ℃ ◎発熱後 _____ 時間

《重要》.今までに薬や食べ物でアレルギー症状（発疹、気分不快など）を起こしたことがありますか。

薬・注射等のアレルギー

いいえ はい 薬剤名： 症状：

食べ物のアレルギー

いいえ はい 食べ物名： 症状：

1.いつ頃からどのような症状でお困りですか。

いつ頃からですか。 _____ 頃から

どのような症状ですか。

{ _____ }

ご近所、保育園、幼稚園、学校等で流行している病気がありましたら☑をつけてください。

インフルエンザ RSウイルス 溶連菌感染症 おたふくかぜ 手足口病
アデノウイルス感染症 ヘルパンギーナ マイコプラズマ肺炎 感染性胃腸炎 水痘

2.現在、他の病院にかかっている方は記入して下さい。

{ 病名： _____ 医療機関名： _____ }

3.今までに下記の病気にかかったことがありましたら☑をつけて下さい。

アトピー性皮膚炎 熱性けいれん/けいれん（熱なし） てんかん 喘息※1 アレルギー性疾患（鼻炎・結膜炎・他）
その他の病気、又は手術、入院を必要とした病気（ _____ ）

※1喘息で現在定期内服されていますか。 はい ・ いいえ

4.定期的の内服している薬がある場合は記入してください。お薬手帳をお持ちの方は診察時、医師にお見せ下さい。

{ _____ }

5.お薬の種類や与薬指示書についてご希望を記入して下さい。（ご記入が無い場合、粉末での処方となります）

粉末 錠剤 シロップ 与薬指示書 その他（ _____ ）

（当院が初めての方にお聞きします）当院をどのようにしてお知りになりましたか。

1) 知人の紹介 2) 病院の紹介 3) 通りがかり 4) インターネット 5) チラシ広告 6) 看板 7) その他（ _____ ）

ご記入ありがとうございました。お手数ですが、受付までご提出願います。