

問 診 票

記入日 平成 年 月 日

ふりがな ご本人のお名前		性別	男・女
生年月日	平成 年 月 日	歳 ヶ月	
ふりがな 保護者氏名	(続柄:) (才)	現在の体重 Kg	現在の体温 °C
住 所	〒 ー 市		
電話番号	ご自宅	携帯 (父・母)	
携帯メールアドレス	@	お知らせの不可 (可・不可)	
学校名(園名)			
家族構成	お父さん (才) お母さん (才) 祖父母と同居 (はい ・ いいえ)		
兄弟姉妹 (いる ・ いない)			
いる方 : 男・女 [才] おなまえ[]] 当院受診歴 (あり ・ なし)		
男・女 [才] おなまえ[]] 当院受診歴 (あり ・ なし)		
男・女 [才] おなまえ[]] 当院受診歴 (あり ・ なし)		
ご本人が系列(梅華会グループ)のクリニックを受診したことはありますか?		はい ・ いいえ	

メールにて院内情報や、流行時の病気、季節イベントの連絡などお送りさせていただきます。

1. 本日はどうなさいましたか (あてはまる項目に○印・記載をお願いします)

- 発熱…… ()°C ■ 咳 ■ 鼻水
- 下痢…… 回数(1日 回) ・ 状態(軟便 ・ 水様便)
- 嘔吐…… 回数(回) 最後に嘔吐したのはいつですか()
- ぶつぶつができて……身体のどこに()
かゆみ(あり ・ なし) 水ぶくれ(あり ・ なし)
- その他の症状 ()

1) いつ頃から症状がありますか。()

2) いつもと様子がちがう、おかしいと感じることはありますか? いつもと変わったことがあればお書きください。
()

3) 今回の症状で他の病院にかかりましたか? (はい ・ いいえ)
はいの方: (医療機関名)

4) 現在使っている飲み薬はありますか? (なし ・ あり)
薬の名前 ()

処方された医療機関名 ()

5) 内服可能なお薬の形態に○をして下さい。
またご希望があれば、1~3の順にお知らせください。 粉() ・ シロップ() ・ 錠剤()

2. アレルギー・既往歴・予防接種歴についてお尋ねします（あてはまる項目に○印・記載をお願いします）

- 1) アレルギーは何かありますか？（あり・不明・なし）「あり」の方はあてはまる項目に☑を入れてください。
 薬（薬名 _____）
 食べ物（牛乳・卵・他 _____） 花粉 ホコリ
 動物など その他（ _____ ）

- 2) 今までのかかったことがある病気に☑を入れ、年齢・○印をお書きください。
 突発性発疹（ _____ 才） 水ぼうそう（ _____ 才）
 熱性けいれん（ _____ 才 回）
 その他（ _____ 才）
現在も通院していますか（はい・いいえ）

- 3) 次の予防接種のうち、既に受けたものに☑を入れ、○印をお書きください。
 肺炎球菌（1 / 2 / 3 / 追加） ヒブ（1 / 2 / 3 / 追加）
 四種混合（1 / 2 / 3 / 追加） MR（1 / 2）
 B型肝炎（1 / 2 / 3） ロタ（1 / 2 / 3）
 水ぼうそう（1 / 2） おたふくかぜ（1 / 2）
 日本脳炎（1 / 2 / 追加 / 2期） BCG
 二種混合

3. 他に何かお子さんのことで気になることや、ご相談したいことがあればお書きください

（ _____ ）

4. 今までの小児科治療で、疑問点・不安点・不満な点があれば教えてください

（ _____ ）

5. 当院をお知りになられたきっかけを教えてください（○印をつけて下さい・複数可）

- 電話帳をみて 駅の看板を見て（深江駅・青木駅）
 梅華会系列のクリニックを受診したことがある（苦楽園・阪神西宮駅前・武庫之荘駅前）
 当院のパソコンのホームページをみて 当院以外のインターネットサイトをみて
 当院の携帯のホームページをみて 友人・知人（ _____ ）さんから聞いて
 家族・親族から聞いて 他の医療機関に聞いて（紹介を含む）
 近所だから ポストに投函されたチラシをみて
 東灘区役所のモニターをみて
 その他（ _____ ）