

# 問 診 票

記入日

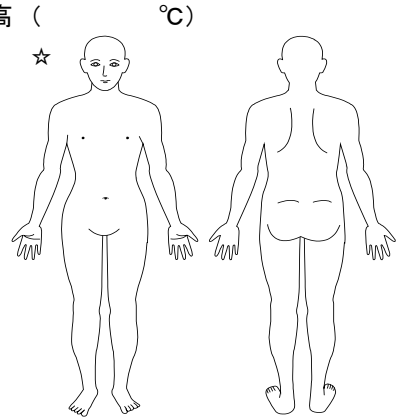
年 月 日

ふりがな ご本人のお名前		現在の体重	現在の体温
	( 男 ・ 女 )	kg	℃
生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日	歳 月 日	
住所	〒 ー 市		
電話番号	ご自宅	携帯 (父・母)	
メールアドレス (任意)	お知らせの可否 (可・不可)		

その他、DMやハガキにて院内情報、小児科の疾患、季節イベントなどの情報をお送り致します。  
不要な方は受付スタッフまでお申し出ください。

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

- 発熱・・・ 今日から ・ 2-3日前から ・ 1週間位前から ・ ( )週間以上前から
- 咳・・・ 今日から ・ 2-3日前から ・ 1週間位前から ・ ( )週間以上前から
- 鼻水・・・ 今日から ・ 2-3日前から ・ 1週間位前から ・ ( )週間以上前から
- 下痢・・・ 今日から ・ 2-3日前から ・ 1週間位前から ・ ( )週間以上前から  
回数 (1日 回) 状態 (軟便・水様便)
- 嘔吐・・・ 今日から ・ 2-3日前から ・ 1週間位前から ・ ( )週間以上前から  
回数 ( 回) 最後に嘔吐した時間 ( 日 時頃)
- 発疹・・・ 今日から ・ 2-3日前から ・ 1週間位前から ・ ( )週間以上前から  
☆発疹の箇所を ⊗ で塗ってください →
- その他 [ ]



今回の症状で他の病院にかかりましたか? (いいえ・はい⇒医療機関名) )  
その病院で処方された薬はありますか? (なし・あり⇒薬名) )

**2. 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。**

( ) )  
**3. その他の症状で他の病院にかかっていますか?⇒( はい ・ いいえ )**

- その他の症状 ( ) )
- かかっている医療機関名 ( ) )
- 現在使っている飲み薬はありますか? ( なし ・ あり ⇒薬名 ) )

**4. 今までかかったことがある病気についてお尋ねします。あてはまる項目に☑、をご記入ください。**

- 熱性けいれん ( )回 ・ 入院 (有・無) )
- 気管支喘息・食物アレルギー )
- その他( ) )

**5. 下記で1回も接種したことがない予防接種はありますか?あてはまる項目に☑、をご記入ください。**

- 【1歳未満】**  Hib  肺炎球菌  四種混合  B型肝炎  ロタ  BCG
- 【1歳以上】**  麻疹・風疹(MRワクチン)  水痘(水ぼうそう)  おたふく
- 【3歳以上】**  日本脳炎

**6. 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。**

( ) )  
**7. 内服可能なお薬の形態に○をしてください。**

お薬の形態 : 粉( ) シロップ( ) 錠剤( )  
服用回数 : 特に希望なし(朝 昼 夕) ・ 1日2回(朝夕)

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

- ( ) 雑誌・新聞をみて
- ( ) 系列のクリニックを受診したことがある 【クリニック名: \_\_\_\_\_】
- ( ) 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・スマートフォン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
- ( ) 保育園からの紹介(園名: \_\_\_\_\_)
- ( ) その他 ( \_\_\_\_\_ )