

問 診 票

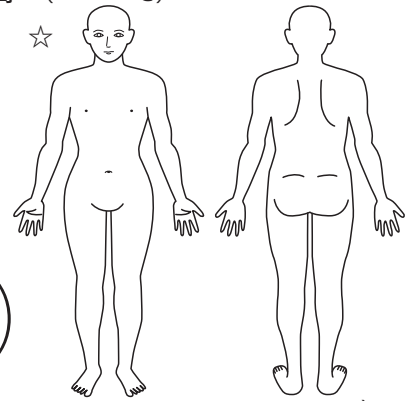
記入日 年 月 日

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 ヶ月	
住 所	〒 市			
電話番号	ご自宅		携帯(父・母)	
メールアドレス	@			

クリニックからのお知らせや耳鼻科疾患、イベント等の情報をメールやハガキでお送りします。ご不要な方は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 最高 ()℃
- 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⑦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(MRW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 ()