

問 診 票

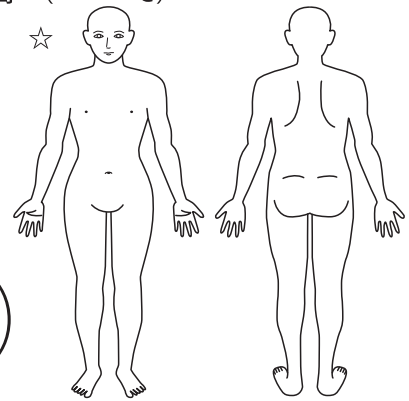
記入日 年 月 日

ふりがな		現在の体重	現在の体温
ご本人のお名前	(男 ・ 女)	Kg	℃
生年月日	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「お得な情報」・「お知らせ」・「疾患情報」をメールやハガキでお送りします。 @		

お知らせが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. 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。

()

6. 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)

7. 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)

- WEB検索をして ()近所だから ()家族・親族から聞いて
 友人・知人【 】さんから聞いて ()他の医療機関に聞いて(紹介を含む)
 保育園からの紹介【園名: 】
 その他【 】

8. 家から当院への来院手段・移動時間を教えてください(○印をつけてください)

- 来院手段： 徒歩 ・ 自転車 ・ 車 ・ 電車 ・ バス
 ■ 移動時間： 5分 ・ 10~20分 ・ 30分以上

9. 梅華会グループについて(○印をつけてください・複数可)

- 分院を受診したことがある【 わくわくこどもクリニック ・ 耳鼻科(苦楽園 ・ 阪西 ・ 芦屋 ・ 武庫之荘)】
 分院から勧められて来院した【 わくわくこどもクリニック ・ 耳鼻科(苦楽園 ・ 阪西 ・ 芦屋 ・ 武庫之荘)】
 梅華会のSNSをご覧になったことがある(YouTube ・ Instagram ・ Twitter ・ Facebook)

