

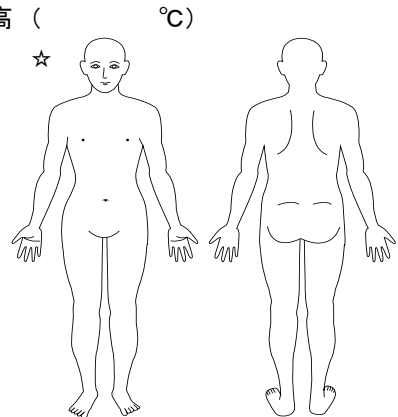
問 診 票

記入日 平成 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	平成 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 (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)

- | | | | | | |
|------------------------------|-----------|---------|----------------------|------------|---------|
| <input type="checkbox"/> 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 ()℃ |
| <input type="checkbox"/> 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 | |
| <input type="checkbox"/> 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 | |
| <input type="checkbox"/> 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) | | |
| <input type="checkbox"/> 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) | | |
| <input type="checkbox"/> 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 → | | |
| <input type="checkbox"/> 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 (_____)