

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	°C
生年月日	明・大・昭・平・令	年	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？ (あてはまる症状に☑をご記入下さい。)

- 発熱 せき たん 鼻水 喘鳴(ゼーゼー、ヒューヒュー) のどの痛み 耳痛 頭痛
 腹痛 はき気 嘔吐 下痢 おねしょ 皮膚の異常(ブツブツ、カサカサ、ジクジク、水いぼ等)
 その他()

2. いつからその症状はありますか？ ()

3. 現在、飲んでいるお薬はありますか？ あり(薬品名:) / なし

4. 他に気になることやご相談はありますか？
()

5. 現在、治療中の病気はありますか？ あり(病名:) / なし

6. 今までにかかったことがある病気に☑をつけて下さい。

- 突発性発疹 おたふくかぜ 水ぼうそう 熱性けいれん(回・最終 歳)
 その他()

7. 次の予防接種のうち、既に受けたものに☑をつけて下さい。(分かる範囲内でご記入ください。)

- ヒブ 肺炎球菌 B型肝炎 四種混合 ロタ BCG
 MR 水ぼうそう おたふくかぜ 日本脳炎 二種混合

8. ご希望のお薬の形態に○をつけて下さい。 (粉 / シロップ / 錠剤)

9. 当院をお知りになられたきっかけを教えてください (該当の項目に☑をご記入下さい。複数可)

- 友人・知人()さんから聞いて 家族・親族から聞いて
 系列のクリニックを受診したことがある [武庫之荘耳鼻科 その他]
 他の医療機関に聞いて(紹介を含む) 当院HPをみて(PC)
 当院以外のインターネットサイトをみて 電話帳を見て 当院HPをみて(携帯スマホ端末等)
 投函されたチラシ・パンフレットをみて バスの広告をみて 近所だから
 NTTタウンページをみて その他() 尼崎子育てガイドをみて