

# 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	歳 ヶ月	
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HPをみて(携帯スマホ端末等)  
 当院以外のインターネットサイトをみて    電話帳を見て    近所だから  
 投函されたチラシ・パンフレットをみて    武庫之荘駅看板をみて    NTTタウンページをみて  
 その他( )

