

# 問 診 票

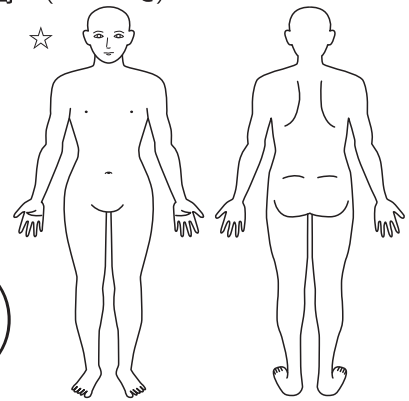
記入日 年 月 日

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【エビスタうめはなこどもクリニック・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【エビスタうめはなこどもクリニック・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)