

# 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	℃
生年月日	明・大・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知らせや小児科疾患、イベント等の情報をメールやハガキでお送りします。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？ (あてはまる症状に☑をご記入下さい。)

- 発熱 せき たん 鼻水 喘息(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 電話帳をみて 近所だから  
武庫之荘駅看板をみて ドクターズファイルをみて 頼れるドクターをみて  
尼崎子育て冊子をみて NTTタウンページをみて  
その他( )