

ID \_\_\_\_\_ :



## 問診票 《小児科》



体温: \_\_\_\_\_ °C

平成 年 月 日

フリガナ	性別	男 ・ 女
お名前	普段の体重 →	kg
生年月日 : 平成 年 月 日 ( 才 カ月 )		
◎ 保育園や幼稚園に通っていますか? いいえ ・ はい (施設名: _____)		
住所: 〒 _____ 区・市・郡		
TEL: ( _____ )	携帯番号: ( _____ )	

◇問1. 今日はどうなさいましたか?

いつ頃からどのような症状なのかご記入ください。

いつ頃

\_\_\_\_\_ から、

- ・まわりに同じような症状の方はいますか? いいえ・はい
- ・この症状について、他院に受診しましたか? いいえ・はい (病院名: \_\_\_\_\_)  
⇒お薬をもらっている方は、お薬手帳などを問診票と一緒にお願いします。

◇問2. 今までにかかった病気、手術歴、現在治療中の病気はありますか?

なし・あり (病名: \_\_\_\_\_)

⇒常用しているお薬があれば、お薬手帳などを問診票と一緒にお願いします。

◇問3. 現在、他に違う病気で治療を受けていますか?

いいえ・はい (病名: \_\_\_\_\_)

◇問4. 薬や注射などの過敏症(アレルギー)はありますか?

いいえ・はい [薬名: \_\_\_\_\_ 食物: \_\_\_\_\_ その他: \_\_\_\_\_]

◇問5. 当クリニックをお知りになったきっかけは何ですか?

- ・ご家族 \_\_\_\_\_ ・知人の紹介 (ご紹介者名 \_\_\_\_\_)
- ・他・医療機関からの紹介 ・近所に在住 ・ホームページ ・インターネットで検索 ・広告
- ・以前、院長又は、副院長に診てもらったことがある。 ・ご家族がポータル内に勤めている。
- ・その他 ( \_\_\_\_\_ )

※この欄は、看護師が記入します。

今日の身長	cm	今日の体重	kg
-------	----	-------	----

ご記入ありがとうございました。

待ち時間、ショッピングモールなど、外出された

いは、ご遠慮なくお申し出ください。

\*\*\* えのもとファミリークリニック \*\*\*

