

問 診 票

記入日 平成 年 月 日

ふりがな ご本人のお名前	(男 ・ 女)	現在の体重 kg	現在の体温 ℃
生年月日	平成 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	(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 (あてはまる項目に○印・記載をお願いします)

- 発熱……いつから() ⇒ 最高 ℃
- 咳……いつから()
- 鼻水……いつから()
- 下痢……いつから() 回数 (1日 回) 状態 (軟便・水様便)
- 嘔吐……いつから() 回数 (回) 最後に嘔吐した時間 (日 時頃)
- 発疹……いつから() かゆみ (有・無) 水ぶくれ (有・無)

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☑を入れ、年齢・○印をお書きください。

- 突発性発疹 おたふくかぜ 水ぼうそう (才) 熱性けいれん (回・最終 才)
 アレルギー性疾患

<input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> アレルギー性結膜炎 原因(アレルゲン)は分かっていますか? () ご家族にアレルギー性疾患のある方はいますか? (なし・あり⇒)	<input type="checkbox"/> 気管支喘息 <input type="checkbox"/> 食物アレルギー	<input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎
--	--	-----------------------------------

その他 (_____ 才)

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)

- () 電話帳をみて () 駅の看板を見て (深江駅 ・ 青木駅)
- () 系列のクリニックを受診したことがある 【クリニック名: _____】
- () 当院のパソコンのホームページをみて () 当院以外のインターネットサイトをみて
- () 当院の携帯のホームページをみて () 友人・知人(_____)さんから聞いて
- () 家族・親族から聞いて () 他の医療機関に聞いて(紹介を含む)
- () 近所だから () ポストに投函されたチラシをみて
- () 電柱看板 () 保育園からの紹介(園名: _____)
- () その他 (_____)