

20 年 月 日

No.

問 診 票

現在の体温： 度 分

小児用(初診)

フリガナ

【氏名】 _____ 【生年月日】 明・大・昭・平 年 月 日(満 歳)

【住所】 (_____) 市

【電話番号】 (_____) 【身長】 _____ cm 【体重】 _____ kg

【生活の場】 自宅 幼稚園 保育園 小学校 中学校 その他 _____

1. いつから、どのような症状でお困りですか。具体的にお答えください。(例:2日前から38度の熱があり吐き気がある)

_____ 月 _____ 日頃から

2. お生まれになった時のことについてお伺いします。(乳児の場合)

・妊娠中の異常: なし あり

・在胎週数: _____ 週 日 (予定日: _____ 年 月 日) ・出生場所: _____

・分娩: 普通 吸引 鉗子 帝王切開 その他(_____) ・入院期間: _____ 日

・出生体重: _____ g

・出生時の処置: なし 保育器 光線療法 その他(_____)

・乳幼児健診での異常の指摘: なし あり(_____)

3. 今までにお子様がかかれた病気についてご記入ください。

・大きな病気、入院、手術の経験はありますか? なし あり

時期: _____ 病名: _____

・下記の中に罹られたことのある病気があればチェックをつけてください。

<input type="checkbox"/> はしか	<input type="checkbox"/> 風疹	<input type="checkbox"/> 水痘	<input type="checkbox"/> おたふく	<input type="checkbox"/> 百日咳	<input type="checkbox"/> 喘息	<input type="checkbox"/> ひきつけ	<input type="checkbox"/> その他 (_____)
才	才	才	才	才	才	才	才

・下記予防接種で済んでいるものにチェックをつけてください。

BCG ポリオ 四種混合(DPT-IPV)(1回目 2回目 3回目 追加) MR 水痘 おたふく

はしか Hib コロナウイルス

4. お薬などのアレルギーはありますか? ない ある

(具体的な内容: _____)

5. マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか? はい いいえ

6. 現在処方されている薬はありますか? ない ある

(薬の内容: _____)

7. 当クリニックをどのようにお知りになりましたか?

通りがかり 知人の紹介・勧め かかりつけ医からの紹介 ホームページを見て

Facebookページを見て 看板を見て その他 _____

ご協力ありがとうございました。受付にご提出ください。

順番が来ましたらお呼びいたしますが、お困りの場合は、受付にお声がけください。



ほそあい内科クリニック