

問診票(受診される小児の方へ)

ふりがな		性別	男・女	年令	才
氏名		生年月日	(明・大・昭・平)		
			年	月	日生
住所	〒	電話	() - -		
● 身長		cm	● 体重		kg
			● 体温		℃

①主な症状は 月 日から(日前から)

・以下より○で選んで下さい

発熱 頭痛 のど痛い せき たん 鼻水 鼻づまり 息苦しい 胸痛 腹痛 吐き気 嘔吐 食欲不振
下痢 便秘 排尿痛 かゆみ 湿疹 不眠 検診で異常を指摘された

・食欲 (あり・なんとかたべる・なし) ・水分 (とれる・すこしとれる・とれない)
・元気/きげん (よい・ふつう・わるい)

・その他症状を具体的に書いて下さい

②今までに大きな病気・ケガ・入院・手術をしたことがありますか？通院中の病気はありますか？

1. あります。(具体的に)
2. ありません。

③今までにかかった病気に○をつけて下さい。

1. 麻疹(はしか) 2. 風疹(3日ばしか) 3. 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) 4. 百日咳
5. 水痘(みずぼうそう) 6. 中耳炎 7. 喘息 8. 川崎病 9. 熱性けいれん 10. てんかん
11. アレルギー疾患() 12. 心臓病()
13. 腎臓病() 14. その他()

④予防接種ですんでいるものに○をつけて下さい。

1. ポリオ 2. 三種混合(DPT) 3. 水痘(みずぼうそう) 4. 日本脳炎 5. 麻疹(はしか)
6. 風疹(三日ばしか) 7. 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) 8. BCG 9. ツベルクリン(陰性・陽性)

⑤薬物アレルギーがありますか？

1. あります。(薬品名は)
2. ありません。

⑥食物アレルギーがありますか？

1. あります。(食品名は)
2. ありません。

⑦当院(なるみやクリニック)、受診のきっかけはなんですか？(複数回答OKです。)

1. 家から近いから
2. 知人の紹介で
3. 家族が通院しているから
4. 看板をみて
5. 電話帳で調べて
6. インターネット(ホームページ)を見て
7. いつも前を通るから
8. その他()

※当院では個人情報を患者様への医療サービス提供等を目的として利用させていただきます。なお、患者様に安心して医療を受けていただくために個人情報の取り扱いには万全の体制で取り組んでおります。