

小児科問診票

平成 年 月 日

ご面倒をおかけいたします。診療に役立てるため下記の質問にお答えください。

フリガナ _____

生年月日 (平成)

お名前 _____ 年 月 日生まれ _____ 歳 男性・女性

ご住所 〒 _____

お電話番号 _____ 緊急連絡先 (携帯電話等) _____

該当する症状に をつけてください

1) 本日はいびきがなされましたか?

(_____ °C) 熱がある

喉が痛い 咳 ひきつけをおこす 元気がない 機嫌が悪い

むくみ 頭痛 腹痛 胸痛 発疹 嘔吐 食欲不振

体重増加不良 吐き気 下痢 血便 鼻水 その他(_____)

それはいつ頃からですか?

_____ 年 月 日から

2) 薬や食物等でアレルギーを生じたことがありますか?

ない

ある → 薬 卵 牛乳 その他の食べ物 スギ花粉

その他

3) 現在飲んでいる薬はありますか?

ない はい (はいの場合、お薬手帳等をお持ちであれば受付にお出し下さい。

または、以下にわかる範囲でご記入ください)

薬の名前、種類 (_____)

4) どんな種類の薬が飲めますか?

水薬

粉薬

錠剤

カプセル

5) 出産の状態はどんなでしたか

赤ちゃんの体重 _____ g

正常分娩

異常分娩

帝王切開

6) 接種済みの予防注射 (わかる範囲でお答えください)

ツベルクリン反応 BCG ポリオ 風疹 水痘

おたふく風邪 はしか 三種混合ワクチン 日本脳炎

季節性インフルエンザ (今年度) ヒブワクチン その他

7) 過去にどのような病気をしましたか?

風疹

水痘

はしか

おたふく風邪

百日咳

虫垂炎

川崎病

突発性発疹

日本脳炎

熱性痙攣

喘息

アトピー性皮膚炎

アレルギー性鼻炎

じんましん

その他

その病気は治りましたか?

いいえ

はい

8) 手術を受けたことがありますか?

いいえ

はい (病名: _____)

9) 領収書の発行について

毎回希望

1年分まとめて希望

特に必要ありません

10) 当クリニックを受診されたきっかけは何ですか?

通りがかりに見つけた

近所なので

紹介

電話帳・市の案内

電柱広告

ホームページ

以前に受診したことがある

その他 (_____)

ご記入いただきましたら受付にお声をかけてください。ご協力ありがとうございました。

個人情報につきましては、当クリニックの個人情報保護方針に従い適正に取り扱います。

山本内科クリニック 院長 山本一哉