


 問 診 票
 

フリガナ	
氏名	男 女
生年月日	昭和・平成 年 月 日 ( 才 )
住所 〒	-
TEL ( )	携帯 ( )
<b>緊急連絡先：(自宅・携帯・会社・その他)</b> こちらはお子様が1人で来院されたときのご連絡先とし、他連絡等にはご連絡致しません。	
Eメールアドレス	@
メール配信にて健診、予防接種等のクリニック情報	必要 ・ 不要
幼・保・学校	身長 cm 体重 kg
<b>★本日の症状に○をつけてください</b> 発熱(最高 . 度 / 今日 . 度)、せき、鼻水、のどの痛み、頭痛、下痢、嘔吐、腹痛、食欲がない、発疹、水ぼう、耳の下や首のはれ、予防接種(その他 )	
<b>★その症状はいつからですか？</b> (今日・昨日・2～3日前・1週間前・ 前から)	
<b>★出生時の様子について</b> 在胎週数 ( ) 週、体重 ( ) g、分娩・出生時の状態(正常・異常)	
<b>★今までにかかった病気は？</b> 麻疹(はしか)、水痘(みずぼうそう)、おたふくかぜ、風疹、突発性発疹、ひきつけ、百日咳、川崎病、その他 ( )	
<b>★入院や手術をしたことはありますか？</b> いいえ・はい(病名 )	
<b>★下記のアレルギー疾患を今までに指摘されたことがありますか？</b> 気管支喘息、アレルギー性鼻炎、アトピー性皮膚炎、食物アレルギー	
<b>★他院に通院中ですか</b> いいえ・はい(内・外・整形・皮膚・小児・その他)	
<b>★お薬を飲んでいますか</b> いいえ・はい(薬名 )	
<b>★体質について</b> 薬や注射でアレルギー反応をおこしたことがありますか？ いいえ・はい ( ) 食べ物等で発疹等のアレルギー反応をおこしたことがありますか？ いいえ・はい(食品名 )	
<b>★家族構成</b> 喘息、アトピー、花粉症のある方がいましたら下のカッコ内に記入してください。また、タバコお吸いになられる方に○をつけてください。 父：__才 ( ) 母：__才 ( ) お子様 ( __才、 __才、 __才、 __才 ) ペット(犬、ネコ、鳥、ハムスター、その他 )	
<b>★ご来院のきっかけは？</b> インターネット(病院検索サイト等) ・ 当院 HP ・ クリニックの看板 ・ バス音声知人の紹介 ・ 家族がかかっている ・ 他院からの紹介 ・ 近所 ・ 駅構内看板	