

小児科 患者問診票

記入年月日 年 月 日

ふりがな		生年月日	昭和 平成 年 月 日生 (歳 ヲ月)
名前	男・女	電話	
住所	〒 —	携帯	

体重： _____ kg

◆診療の参考にしますので、☑またはご記入お願いします◆

①本日受診されたお困りの症状に☑をお付け下さい。

- 発熱 (_____ °C)、 咳 鼻 のど痛 頭痛
腹痛 嘔吐 下痢 その他 (_____)
 *いつ頃からですか? (_____)

②現在、服用中の薬は?

- ない
ある → (_____)

③これまでに次の病気にかかったことがありますか?

- 特にない
ある → 下記の項目に☑もしくは記入してください
けいれんやひきつけ → 熱あり、 熱なし 肺炎
はしか(麻疹) おたふくかぜ(ムンプス)
みずぼうそう(水痘) 三日ばしか(風疹)
その他 (_____)

④これまで、重大な病気や手術で入院したことがありますか?

- ない
ある → (_____)歳頃に、(病名: _____)で(_____)病院に入院

⑤これまで、ぜんそくやアトピーと言われたことがありますか?

- ない
ある → 原因となるものがわかれば記入してください (_____)

⑥これまで、薬や食べ物に対するアレルギー(じんましんが出た、気分が悪くなった等)がありましたか?

- ない
ある → (_____)

⑦家族で病気やアレルギーと言われた人がいますか?

- いない
いる → 【誰: _____ 】が (_____)

⑧出生時に何かありましたか?

- ない
ある → (_____)

⑨出生時の身長・体重は?

*身長 (_____ cm) *体重 (_____ g)

⑩今までの発育・発達で気になることは?

- ない
ある → (_____)

⑪その他、何か気になることがあればご記入ください。

(_____)

ありがとうございました。

ご記入されました個人情報に関しましては、当医院での診療以外には使用いたしません。

玉田医院