

(西暦) 年 月 日

問診票 (小児用・初診時)

ふりがな		生年月日	(西暦)	年	月	日	体	
氏名		年齢	(歳	ヶ月)	重		kg

住所 (郵便番号からご記入下さい)

〒 _____

電話番号 (市外局番からご記入下さい)

(_____) _____

携帯番号

_____ - _____

○今日はどのようなことでおいでになりましたか？

○どのような症状がありますか？

発熱 (. 度) 嘔吐 (1日 回) 下痢 (1日 回)
咳 鼻水 ゼイゼイ のどの痛み 頭痛 腹痛 発疹
手足の痛み 食欲がない (ミルク飲みが少ない) 尿が少ない
その他 ()

○いつからその症状がありますか？

○今、飲んでいるお薬がありますか？

ない・ある ()

○今までに薬物アレルギーを起こしたことがありますか？

ない・ある () で (年 月頃)

○次のうち患者さまに当てはまることがありますか？

喘息の発作 ない・ある (年 月頃)

けいれんの発作 ない・ある (年 月頃)

○家族でタバコを吸う方はいらっしゃいますか？

いない・いる (どなたですか？ :)

○他に相談しておきたいことがあれば、ご記載下さい(ご家族のことでも結構です)。

裏面にもご記入下さい

初診時間診票

当院を初めて受診される方は、以下の質問にもご協力下さい。

○現在、通院中の病気はありますか？

ない・ある（病名： ）

○今までに大きな病気やケガ、入院、手術などをしたことがありますか？「ある」の場合、その時期と内容を教えて下さい。

ない・ある（ ）

○妊娠出産時のことについて教えて下さい。

妊娠週数（ 週 日）、 出生児の体重（ g）
分娩方法：普通分娩・帝王切開・その他（ ）

○接種が終了したワクチンについて○をつけてください。

ヒブ 肺炎球菌 四種混合 B型肝炎 BCG □タ

MR（はしか・風しん） 水痘（水ぼうそう） ムンプス（おたふく）

日本脳炎 二種混合 子宮頸がん その他（ ）

○ご家族のことについて教えて下さい。

続柄	性別	年齢	かかっている病気があれば記載	同居の人に○
父	男			
母	女			
兄弟	男・女			
	男・女			
	男・女			
その他	男・女			
	男・女			
	男・女			

○当院のことを何でお知りになりましたか？ ○をつけてください（複数選択可）

他院からの紹介 友人・知人の紹介 チラシ広告 看板広告

ホームページ EPARK（Web 予約サイト） 他のインターネットサイト

その他（ ）

ありがとうございました

西岡記念セントラルクリニック