

# 小児科問診票(再来用)

フリガナ		
名前		
※変更ある場合記入 住所	〒 -	
※変更ある場合記入 電話番号	自宅 : ( )	携帯 : ( )

① どのような症状ですか？

発熱( °C) せき のどの痛み 鼻水 腹痛 嘔吐 下痢 元気がない

その他 ※皮膚科の場合は大きさ、左右、部位など詳しくご記入下さい。

( )

② その症状はいつからですか？

③ 他の病院にかかられていますか？

いいえ はい ( 病院名 病名 )

④ 現在、服用中のお薬はありますか？ ※お薬手帳をお持ちの方は薬剤名の記入は不要です。

いいえ はい ( 薬剤名 症状 )

⑤ 薬や注射でアレルギー反応が出たことはありますか？

いいえ はい ( 薬剤名 症状 )

⑥ 今までに大きな病気、手術をうけられたことはありますか？

いいえ はい ( 病名 いつごろ )

⑦ 次のアレルギー疾患のうち、今までに指摘されたものがあれば○をつけてください。

気管支喘息 ・ アトピー性皮膚炎 ・ 食物アレルギー ・ 花粉症

⑧ 今までにかかった病気はありますか？ あるものに○をつけてください。

突発性発疹 ・ はしか ・ 水疱瘡 ・ おたふく ・ 百日咳 ・ ひきつけ

その他 ( )

⑨ 乳幼児健診で何か異常を指摘されたことはありますか？

いいえ はい ( )

⑩ ご希望の薬はありますか？ 粉 ・ シロップ ・ 錠剤 ・ カプセル

現在の体重を教えてください。 \_\_\_\_\_Kg

当院は診療情報取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。  
正確な情報取得・活用するため、マイナンバー保険証の利用にご協力をお願いいたします。



医療法人社団斗花会

ベニバナファミリークリニック