小 児 科 問 診 票

フリガナ		性 別	生 年 月 日
名 前		男・女	平成 令和　　年　　月　　日（　　歳　　ヶ月）
住 所	〒　　－		
電話番号	自宅 ：　　（　　）	携帯 ：　　（　　）	

① どのような症状ですか？
発熱（　　℃）　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〇をつけてください。
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？　あるものに〇をつけてください。
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 妊娠中、出産時に何か異常はありましたか？
いいえ　はい（　　）

⑩ 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（　　）

⑪ 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

⑫ 差し支えなければ当院を最初に知ったきっかけを教えてください。
ご家族の紹介　知人の紹介　看板・広告　当院のホームページ　インターネットの検索
他院からの紹介　クリニックの前を通りかかった　その他（　　）

当院は診療情情報を取得・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。
正確な情報を取得・活用するため、マイナンバー保険証の利用にご協力お願いいたします。

医療法人社団斗花会
ベニバナファミリークリニック