



# (小児科) 問 診 票

(わかる範囲でお答えください)

年 月 日

|   |   |   |   |                          |
|---|---|---|---|--------------------------|
| ふ | り | が | な |                          |
| 氏 |   |   | 名 | 男 ・ 女                    |
| 生 | 年 | 月 | 日 | ( 平 ・ 令 ) 年 月 日 ( 歳 カ月 ) |

☆初めての方、変更のある方はご記入をお願いします。

|   |   |   |           |
|---|---|---|-----------|
| 住 | 所 | 〒 |           |
| T | E | L | [自宅] [携帯] |

|    |    |    |   |
|----|----|----|---|
| 体重 | kg | 体温 | ℃ |
|----|----|----|---|

①どのような症状ですか？

②症状はいつ頃からですか？ 今日 ・ 昨日 ・ ( )日前 ・ ( )

☆食欲( ある ・ まあまあ ・ なし ) ☆機嫌・元気( 良い ・ まあまあ ・ 悪い )

☆水分摂取( 摂れている ・ 少ない ) ☆最終排便( 月 日 )

☆おしっこの回数( いつもと同じ ・ やや少ない ・ 少ない )

☆周囲にうつる病気の方はいましたか？( いいえ ・ はい ) 誰ですか( )

何の病気ですか？( おたふく ・ みずぼうそう ・ インフルエンザ ・ その他 ( ) )

☆通園・通学している施設名 ( 保育園 ・ 幼稚園 ・ 小 ・ 中 )

③現在、他の医療機関で治療中の病気はありますか？ ( はい ・ いいえ )

『はい』の方…病名( ) 医療機関名( )

④過去に大きな病気での入院や治療を受けたことがありますか？( はい ・ いいえ )

『はい』の方…( 才頃 ) 病名( )

⑤アレルギーはありますか？

食べ物：いいえ はい ( )

薬 剤：いいえ はい ( )

⑥お薬の種類について希望はありますか？

シロップ ・ 粉 ・ 錠剤またはカプセル ・ 座薬

⑦本日一緒にいらした方は？( )

【☆アンケートにご協力下さい。】

こちらのクリニックをどのように知りましたか？(当てはまるもの全てに○を付けてください。)

看板を見た ・ ホームページを見た ・ 知り合いからの紹介

その他( ) ご回答ありがとうございました。

## すこやかファミリークリニック