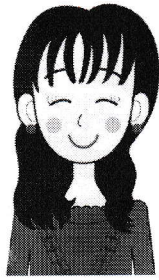


ID :

# 問診票(小児)

年 月 日



ふりがな			
名前	男・女		
生年月日	平成・令和	年	月 日 ( 歳 ヶ月)
住所	〒	身長	cm
		体重	kg
自宅・携帯			体温 度
緊急連絡先			

以下、わかる範囲でご記入ください。不明な項目、記入いただけない項目は空白で構いません。

① 当院をどのようにしてお知りになりましたか？

看板・チラシ・健康新聞・ホームページ・紹介・タウンページ・近鉄バスのアナウンス  
(紹介者名: ) ※お名前をご記入ください

② 今日はどうされましたか？

熱 咳 鼻水 下痢 嘔吐 腹痛 頭痛 その他( )

③ いつからですか？

( )

④ 今までにかかった病気・アレルギーで該当するものに○をつけてください。(なし・あり)

アトピー性皮膚炎 喘息 アレルギー性鼻炎 アレルギー性結膜炎  
じんましん 食物アレルギー (食品名: )  
ゴム (ラテックス) アレルギー アルコール綿で皮膚発赤  
熱性けいれん その他 ( )

⑤ その他の病気や入院歴・手術歴はありますか？

なし ・ あり ( )

⑥ いつも飲んでいるお薬はありますか？

なし ・ あり ( )

⑦ 今までに注射や内服薬など薬の副作用がでたことはありますか？

なし ・ あり ( )

⑧ 現在、保育園、幼稚園、学校、近所で流行している病気がありますか。

なし ・ あり (病名: )