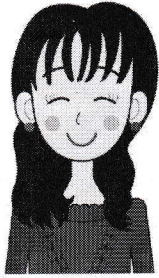


ID :

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・ホームページ・紹介・タウンページ (紹介者名:)
- 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:)
- ⑨ コロナワクチン接種
1回目 年 月 日 2回目 年 月 日 (ファイザーor モデルナ)
3回目 年 月 日 (ファイザーor モデルナ) 未接種