

問診票（お子様用）

以下は診察に必要な事柄ですので、ご協力ください。

尚、ご記入いただいた情報は大切に管理し、診察行為のみに使用します。

令和 年 月 日

ふりがな		男 女	平成・令和	年	月	日生
お名前	様					
ご住所	〒		自宅電話			
			携帯電話			

身長 _____ cm 体重 _____ kg

発熱（最高: _____℃ 現在 _____℃） 頭痛

のどが痛い せき たん 鼻水 鼻づまり

腹痛 吐き気 嘔吐（ _____回） 下痢（ _____回）

その他（ _____ ）

（ _____ ）

いつ頃からですか？（ _____ ）

2.お薬や食べ物でじんましんなどのアレルギーが出たことがありますか？

いいえ

はい <薬剤名> <食品名>

3.今までに入院や手術を受けたことがありますか？

いいえ

はい <病名> <病院名>

4.現在、飲んでいるお薬はありますか？

いいえ

はい <薬剤名> <病院名>

5.お薬の希望はございますか？

いいえ

はい（ シロップ 粉薬 錠剤 ）

6.今までに病気にかかったことがありますか？

特になし

はい 病名 _____

7.当院を何でお知りになりましたか？

ご近所 広告 インターネット ご紹介 その他(_____)

ご記入ありがとうございました。