　　小児・問診票

Ｄａｔｅ　　　　　　　　　　　　　　　　　Ｎｏ.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | |
| お名前 |  | | |
| 生年月日 | 平成・令和　　　　　　年　　　　　　月　　　　　日　（　　　　　　歳　　　　　　　ヶ月） | | |
| ご住所 | 〒 | | |
| ご連絡先 | ご自宅 |  | |
| 携帯電話 |  | |
| 学校・園名 | 保育園・幼稚園・小学校・中学校 | | |
| ご紹介者様がいる場合はお名前を教えてください | | | 様 |

**◆マイナ受付しましたか？　　　はい　　　　いいえ**

**◆どのような症状でお見えになりましたか？**

　　＊いつから・・・　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＊どこに・・・　　　　　　　　　　　　　　　　　(右／左)

　　＊どのような症状ですか・・・

　　＊思い当たる原因はありますか・・・

**◆今回の症状で他の医療機関を受診されたことがあります？**

　　　なし　／　あり　・・・　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　病院　・　医院

**◆てんかん　ｏｒ　熱性けいれん　の既往はありますか？**

　　　なし　／　あり　・・・　　　　　　　　　　　　　歳　　　　　　ヶ月

**◆現在、治療中のご病気はありますか？**

なし　／　あり　・・・

**◆現在、内服中のお薬はありますか？**

　　　なし　／　あり　・・・

**◆アレルギー性の疾患はありますか？**

　　　なし　／　あり　・・・・気管支ぜん息　・アレルギー性鼻炎（花粉症）　・アトピー性皮膚炎

・じんま疹　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**◆お薬や他にアレルギーはありますか？**

　　　なし　／　あり　・・・　＊食べ物　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＊お薬

　　　　　　　　　　　　　　　＊その他

☆ご記入ありがとうございます☆

※当院は正確な情報を取得・活用する為、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。