

小児・問診票

Date

No.

フリガナ			性別	体重
お名前			男・女	kg
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	

◆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か？

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☆