



記入日 年 月 日

小児問診票

ID 身長 cm / 体重 kg / 体温 °C

お名前	ふりがな	性別	平成 年 月 日生 (歳)
		男・女	

1. 当クリニックをお知りになったきっかけは何ですか。(複数回答可)

- ・近所に在住(通勤・通学路)
- ・当院公式ホームページ
- ・子ども園のかかりつけ医
- ・通りがかり
- ・頼れるドクター
- ・広告(駅地図広告・看板広告)
- ・その他のインターネットサービス
- ・家族、親戚がかかっている
- ・知人の紹介
- ・その他()
- ・他の医療機関からの紹介

2. 今日はどうなさいましたか。

A 体調がよくない → 症状を具体的に教えてください

()

・その症状は、いつからですか。()から

B 予防接種 → 接種する予防接種は()

3. どんなお薬が飲めますか。 水薬 ・ 粉薬 ・ 錠剤 ・ カプセル

4. お薬手帳・お薬情報などはお持ちですか。 ある ・ ない

5. これまでにかかった病気を教えてください。

気管支喘息・熱発性けいれん・はしか・風疹・水ぼうそう・おたふくかぜ・心疾患・

突発性発疹・ アトピー性皮膚炎・ その他()

6. 接種済みの予防接種について教えてください。

ヒブ・4種混合・2種混合・麻疹風疹・日本脳炎・水ぼうそう・おたふく・B型肝炎

7. 薬や食べ物、予防接種でアレルギーがでたことがありますか。

ない ・ ある → ()

8. 家族にアレルギーの方がいますか。 いない ・ いる →どなたですか()

9. 治療方針、検査などのご希望または他に何か伝えておきたいことがあればご記入ください。

ご協力ありがとうございました
相川みんなの診療所