問　診　票

記入年月日　　年　　月　　日

フリガナ		男 女	生年月日	年　　月　　日
お名前				(　　)歳（　　）ヶ月
ご住所	〒		最近の体重	kg・g
			お電話番号	(　　)

今日はどのようなことで来院されましたか？下記に○をつけてください。

1、発熱（　　℃）　2、せき　3、喉の痛み
4、鼻水　5、発疹　6、頭痛
7、おなかの痛み　8、吐き気　9、下痢
10、その他（　　）

その症状はいつからですか？

（　　）

集団生活は？下記に○をつけてください。

1、なし　2、あり（託児所　保育園　幼稚園　小学校　中学校　その他）

周囲で流行している病気はありますか？

1、なし　2、あり（病名：　　）

今までに入院されたことはありますか？

1、なし　2、あり（病名、何歳の時？　　）

薬に対するアレルギーはありますか？

1、なし　2、あり（薬剤名、症状　　）

食物アレルギーはありますか？

1、なし　2、あり（食品名、症状　　）

現在、他院で処方されているお薬はありますか？

1、なし　2、あり（薬品名　　）

お薬によって粉薬かシロップか選択できます。ご希望はありますか？（選べない薬もあります）

1、どちらでも良い　2、粉薬　3、シロップ

診察時に聞きたいご質問がありましたら、ご記入お願いします。

いなとみ赤ちゃんこどもクリニック