

小児問診票

記入日

ふりがな 名前	住所 〒 -		
日中ご連絡のとれる電話番号 - -	性別	体重 kg	体温 °C

1. どんな症状ですか？

かぜ症状（発熱・頭痛・せき・たん・はなみず・のどの痛み）・ 腹痛・ 吐き気・ 嘔吐
下痢・ 便秘・ かゆみ・ しっしん・ 息苦しさ・ その他（ ）

2. いつからですか？

本日（ ）時頃から ・ 昨日から ・ （ ）日前から ・ （ ）か月前から

3. かぜの方は、インフルエンザ検査のご希望はありますか？

はい ・ いいえ ・ ドクターと相談のうえ決める

4. 20分で分かるアレルギー検査(スギ・ブタクサ・ダニ等8種類)のご希望はありますか？

はい ・ いいえ ・ ドクターと相談のうえ決める

5. かかったことがある、もしくはかかっている病気ものはありますか？

麻疹・ 風疹・ おたふくかぜ・ 水ぼうそう ・ そのほか（ ）

6. 現在、飲んでいる薬はありますか？

はい ・ いいえ はいの場合（薬の名前 ）

7. けいれんを起こした事がありますか？

はい ・ いいえ はいの場合（ 才 ヲ月頃 ）

8. 薬や食べ物で、アレルギー症状(発疹、気分不快など)起こしたことがありますか？

はい ・ いいえ はいの場合（薬や食べ物の名前 ）

9. お薬の形態で、ご希望のある方は○をしてください。

シロップ ・ 細粒 ・ 錠剤

当クリニックをどのようにしてお知りになりましたか？

看板 ・ 新聞折込 ・ バス車内放送 ・ ホームページ ・ Twitter ・ facebook
知人やご家族