★小児科新患問診票★

受診日	西暦　　年　月　日	診察前の体温	度　　分
フリガナ 氏　名		男 女	生年月日： 平成・令和　　年　月　日 （西暦：　　年） （　　歳　　ヶ月）

※診察の参考になりますので、わかる範囲でご記入をお　　願いします。

1．今日来院されたのはどうしてですか、下記症状から当てはまる項目を○で囲んで下さい。
　発熱 ・ 咳 ・ ゼーゼーがある ・ 鼻水 ・ くしゃみ ・ のどの痛み ・ 頭痛 ・ めまい
　吐き気 ・ 嘔吐 ・ 腹痛 ・ 下痢 ・ 便秘 ・ 元気がない ・ 食欲がない
　顔色がすぐれない ・ 機嫌が悪い ・ 目やに ・ 充血 ・ 皮膚のかゆみ ・ 発疹
　身体の一部のはれ ・ 痛がるところがある
　その他（　　）

2．いつ頃から症状がありますか。　（　　）

3．現在、他の病院で治療中の病気がありますか。
　いいえ ・ はい （病名：　　）

4．現在、内服中のお薬はありますか。
　いいえ ・ はい （薬名：　　）

5．周囲に同じ症状の方がいたり、流行している病気はありますか。（　　）

6．お薬や食べ物にアレルギーはありますか。
　いいえ ・ はい （薬名・食品名：　　）

7．今までにけいれん（ひきつけ）をおこしたことがありますか。
　いいえ ・ はい （　　回くらい　　最後は　　年　　月頃 ）

8．分娩時、出生時、乳児健診等で異常がありましたか。
　いいえ ・ はい （ 具体に　　）

9．兄弟姉妹はいますか。　いいえ ・ はい

10．就園・就学状況　未就園 、（　　）保育園・幼稚園 、（　　）小学校・中学校

11．定期予防接種は順調にお済みですか。　はい ・ いいえ

12．当院をどのようにお知りになられましたか。
　☐ 電話帳　☐ ホームページ　☐ クチコミ　☐ 看板
　☐ 家族がかかりつけ　☐ 乳児健診に来て　☐ 予防接種に来て　☐ その他

13．お薬の希望は　☐ 粉薬　☐ シロップ　☐ 錠剤

14．解熱剤の処方は　☐ 要　☐ 不要 ・ ☐ 坐薬　☐ 飲み薬

15．その他、何か伝えておきたいことがありましたらご記入下さい。

※ありがとうございました。診察の順番になるまでしばらくお待ち下さい。
具合が悪い方は、早めに受付又は看護師にお申し付け下さい。　医療法人 天心堂 志田病院

受付にて切り取りますので、そのままお持ちください。