



★ 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 年 月 日生 (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。

- 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・痛がる場所がある
その他 ()
- いつ頃から症状がありますか。 ()
- 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：)
- 現在、内服中のお薬はありますか。
いいえ・はい (薬名：)
- 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。
()
- 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：)
- 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)
- 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 (具体的に)
- 兄弟姉妹はいますか。 いいえ・はい
- 就園・就学状況 未就園、() 保育園・幼稚園、() 小学校・中学校
1. 定期予防接種は順調にお済みですか。 はい・いいえ
- 1.2. 当院をどのようにお知りになりましたか。
 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
- 1.3. お薬の希望は 粉薬 シロップ 錠剤
- 1.4. 解熱剤の処方 要 不要 ・ 坐薬 飲み薬
- 1.5. 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。

受付にて切り取り取りますので、そのままお持ちください。

※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