

小児・問診票

Date

No.

フリガナ		男	平成	年	月	日生
お名前		女			歳	ヶ月
ご住所	〒 -	お電話	ご自宅 - -			
			携帯 - -			
学校・園名	保育園 幼稚園 小学校 中学校	ご紹介者様がいらっしゃる場合は、お名前を教えてください。				様
		体重				kg

◆どのような症状でお見えになりましたか？

*いつから・・・ _____ *どこに・・・ _____ (右/左)

*どのような症状ですか・・・ _____

*思い当たる原因はありますか・・・ _____

◆今回の症状で他の医療機関を受診されたことがありますか？

なし / あり ... _____ 病院 ・ 医院 _____

◆てんかん or 熱性けいれん の既往はありますか？

なし / あり ... _____ 歳 _____ ヶ月

◆現在、治療中のご病気はありますか？

なし / あり ... _____

◆現在、内服中のお薬はありますか？

なし / あり ... _____

◆アレルギー性の疾患はありますか？

なし / あり ... ・気管支ぜん息 ・アレルギー性鼻炎(花粉症) ・アトピー性皮膚炎
 ・じんま疹 その他(_____)

◆お薬や他にアレルギーはありますか？

なし / あり ... *食べ物 _____ *お薬 _____
 *その他 _____

☺ ご記入ありがとうございました ☺