

# 小児・問診票

Date

No.

フリガナ			
お名前			
生年月日	平成・令和	年	月 日 ( 歳 ヶ月)
ご住所	〒-----		
ご連絡先	ご自宅		
	携帯電話		
学校・園名	保育園・幼稚園・小学校・中学校		
ご紹介者様がいる場合はお名前を教えてください		様	

◆マイナ受付しましたか？    はい    いいえ

◆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？

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す☆

※当院は正確な情報を取得・活用する為、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。