

当院を初めて受診される方は、黒い太枠と1~10をご記入ください。

それ以外の方は氏名と4~10をご記入ください。

| | |
|-----|-----|
| ID: | 日付: |
|-----|-----|

小児用問診票（15歳以下）

| | | |
|------------------|---------------------------------------------------------|-----------------|
| フリガナ 氏名 (男・女) | 生年月日 | 平成・令和 年 月 日生 |
| 〒 □□□□-□□□□ | 電話番号：連絡する順にお書きください。 1) 自宅・携帯(続柄)) 2) 自宅・携帯(続柄)) | |
| 身長/体重 | cm | kg |

※前回受診時から住所・電話番号の変更がある場合はご記入の上、受付スタッフにお声かけください。

1. 出生時の状況
在胎週数 週 日 出生時体重 g
出生時・健診時に異常の指摘はありましたか？ はい → _____ ・ いいえ
2. 今までにかかったことのある病気や、入院したことはありますか？ (はい ・ いいえ)
水ぼうそう おたふくかぜ 熱性けいれん アトピー性皮膚炎 喘息
じんましん その他 (_____)
入院治療を受けた病気 (_____)
食物アレルギー (_____) 薬や注射のアレルギー (_____)
3. 両親に入院歴または通院中の病気やアレルギーはありますか？ (はい ・ いいえ)
父 (_____)
母 (_____)

-
4. 現在、治療中の病気はありますか？ (はい ・ いいえ)
(病気の名前)

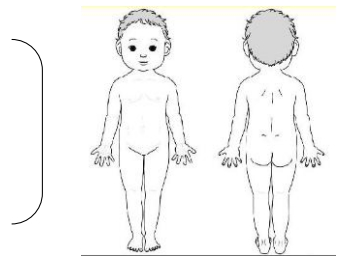
5. 飲んでいる薬はありますか？ お薬手帳があれば、受付にお出しください
(薬の名前)

6. 飲めない薬の形状はありますか？ (錠剤 ・ 粉薬 ・ シロップ ・ 漢方薬)

7. 現在の状況
食欲 (ある ・ いつもの半分程度 ・ ない) 元気 (ある・まあまあ・元気がない・ぐったりして反応がない)
水分 (飲める ・ 少し飲める ・ 全く飲めない) おしっこ (出る ・ 少ない ・ ほとんど出ない)

8. 本日はどのような理由で来院されましたか？ 症状をご記入ください。 皮膚・痛みの方は○をつけてください

※「いつから・どんな症状か」をご記入ください



(_____)

9. 思い当たる原因はある方は、ご記入ください。
(_____)

10. 薬や注射で副作用がでるもの(ショック、発疹、気分不良)などがありましたらお書き下さい。
また、検査のご希望やご質問、ご不明な点などもお気軽にお書きください。
(_____)

ご協力ありがとうございました。ご記載の内容は診療目的でのみ利用させていただきます。

溝口ファミリークリニック公式LINEでは、休診のお知らせや健康にまつわる情報を配信したり、ネット予約やご予約の変更もできます。右のQRコードをカメラで読み取るとお友達登録は完了です。スムーズな診療を提供するために、ぜひご活用ください。

