

新患問診票(小児科)

記入日 20 年 月 日

ふりがな		性別		〒(-)
お名前		男 女	ご住所	
生年月日	H・R 年 月 日		電話	()
年齢	歳 ヶ月		携帯電話	()
体重	kg	かかりつけ医	当院・他院()	
体温	°C			

◆お薬や食べ物に対してアレルギーはありますか？ ない・ある(薬名:)
(食品名:)

◆お薬は飲みますか？

はい(シロップ・粉薬・錠剤・カプセル)・苦手・わからない

本日はいかがなさいましたか？(該当の症状に○をして、記載してください。)

- ◇発熱 いつから() 体温 °C) 解熱剤使用(あり・なし)
 痙攣の既往 あり(最終 年 月 日 計 回) 抗痙攣剤使用(あり・なし)
- ◇はな いつから() さらさら・ネバネバ・鼻づまり・ほか()
- ◇せき いつから() 痰がらみ・から咳・ゼーゼー・ほか()
- ◇嘔吐 いつから() 回数(1日 回くらい)
- ◇腹痛 いつから()
- ◇下痢 いつから() 回数(1日 回くらい)
 かたち(水様・泥状・軟) 色(黄茶色・白色・血が混ざる)
- ◇肌【赤み・乾燥】 月 日 部位: 頭・顔・手・足・お尻・お腹・背中・ほか
- ◇発疹【ブツブツ・水疱】 月 日 ~ 部位: 頭・顔・手・足・お尻・お腹・背中・口の中・ほか
- ◇上記以外の症状()
- ◇書類は希望しますか？ いいえ・はい(治療証明書・アレルギー生活管理表・病児保育・その他)
 ※書類代 治療証明書 330円 / アレルギー生活管理票 1通 1,100円 / 与薬依頼書 1通 1,100円

その他

◇出生時のことで伝えておきたいこと ()

◇予防接種を受けたことがありますか いいえ・はい(受けた予防接種すべてに○をつけてください)
 ヒブワクチン(1・2・3・追加)・肺炎球菌(1・2・3・追加)・B型肝炎(1・2・3)
 四種混合(1・2・3・追加)・MR(1・2)・水痘(1・2)・おたふく(1・2)
 五種混合(1・2・3・追加)・日本脳炎(I期 1・2・追加)(II期)
 二種混合(ジフテリア+破傷風)ロタ生ワクチン(1・2・3)・BCG ・その他()

マイナ保険証について

マイナ保険証による情報取得に同意しますか。 はい いいえ

☆アンケートにご協力をお願いいたします。どのようにして当院をお知りになりましたか？

- ① インターネット(ホームページ・検索サイト) ② クリニック前看板 ③ 家が近い ④ 会社が近い
 ⑤ 紹介(他医療機関から・家族から・友人から) ⑥ その他()