

小児科新患様用問診票

ふりがな

お名前 様 男・女

生年月日 昭和・平成 年 月 日 (歳 ヶ月)

〒 _____

TEL(自宅) _____ TEL(携帯) _____

緊急連絡先 自宅・携帯・その他(_____)

現在の体重:約 _____ kg 出生時の体重: _____ g 現在の体温: _____ °C

1. 本日来院された理由(症状)

発熱・咳・鼻水・痰・ぜいぜい・吐き気・嘔吐・下痢・腹痛・頭痛・発疹・水疱・喉の痛み

便秘・その他(_____)

2. その症状はいつからですか? _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時頃から

3. ワクチン接種歴: 済んだものを○でかこんでください(分かる範囲でご記入ください)

BCG・ポリオ・三種混合または四種混合(1期:初回1回・初回2回・初回3回・1期追加)・

二種混合・日本脳炎(1期:初回1回・2回・1期追加・2期)・

麻しん・風しん(1期・2期)・ヒブ(1回・2回・3回・追加)・

肺炎球菌(1期・2期・3期・追加)・おたふくかぜ(1回・2回)・水痘(1回・2回)・

子宮頸がん(1回・2回・3回)・ロタウイルス(1回・2回)

4. 薬や食物などにアレルギーがある方はご記入ください(_____)

5. これまでにかかったことのある主な病気をご記入ください(分かる範囲でご記入ください)

水痘(済・未) おたふくかぜ(済・未) 熱性けいれんの既往(あり・なし)

その他(_____)

6. 飲み薬は何が飲めますか?(シロップ・細粒・錠剤・特に希望なし)

7. 新生児期に何か問題のあったお子様はご記入ください(_____)

◆当院をどのようにしてお知りになりましたか?

近所・知人の紹介・当院の前を通りがかった・バスアナウンス・バス車外看板・インターネット
・新聞チラシ・駅看板・電柱広告・その他(_____)

◆診療報酬明細書の発行を希望されない方は右の欄にチェックして下さい。(_____)

当クリニックホームページ(PC、スマホ)もしくはiTICKETから順番予約が可能です。ご活用ください
ご協力ありがとうございました。