

# 問 診 表 ♪子供用♪

ふりがな			
患者氏名		男・女	
生年月日	平成・令和	年	月 日 ( 才)
自宅住所	〒		
	電話 ( )		
<b>緊急連絡先</b> 電話 ( )	※こちらはお子さんが一人で来院された時の		
自宅・携帯・会社( )・その他( )	ご連絡先とし、他連絡等には使用致しません		
幼・保・学校			
身長	cm	体重	kg
※本日のご症状を、ご記入下さい			
発熱、せき、鼻水、のどの痛み、頭痛、発疹、水ほう、耳の下や首のはれ、 下痢、嘔吐、腹痛、食欲がない、血便、育児相談 (その他 )			
※出生時の様子について			
在胎週数 ( ) 週、体重 ( ) g、分娩・出生時の状態 (正常・異常)			
※今までにかかった病気は？			
麻疹 (はしか)、水痘 (みずぼうそう)、おたふく、風疹、突発性発疹、ひきつけ、百日咳、川崎病、その他 ( ) <input type="checkbox"/> 特になし			
※今まで入院や手術をしたことがありますか			
ない、ある (その病名 )			
※下記のアレルギー疾患を今までに指摘されたことがありますか？			
気管支喘息、アレルギー性鼻炎、アトピー性皮膚炎、食物アレルギー <input type="checkbox"/> 特になし			
☆他院に通院中ですか はい・いいえ			
はいの場合 通院中の病院 (内・外・整形・皮膚・小児・その他)			
☆お薬を飲んでいますか はい・いいえ			
はいの場合 (お薬の名前: )			
☆お薬手帳はお持ちですか はい・いいえ			
☆薬や注射でアレルギー反応をおこしたことがありますか？			
ない、ある ( )			
☆食べ物等で発疹等のアレルギー反応をおこしたことがありますか？			
ない、ある (食品名 )			
☆家族構成を教えてください			
父 ( 才) 母 ( 才)			
お子様 ( 才、 才、 才、 才 )			
ペット (犬、ネコ、鳥、ハムスター、その他 )			
家族の中でアレルギー体質の方はいますか？ (父・母・兄弟・姉妹・その他 )			
☆こちらのクリニックを何で知られましたか			
<input type="checkbox"/> グーグル <input type="checkbox"/> ヤフー <input type="checkbox"/> 病院検索サイト <input type="checkbox"/> ひまわり (東京都医療機関案内サービス)			
<input type="checkbox"/> その他検索サイト <input type="checkbox"/> 当院ホームページ <input type="checkbox"/> クリニック前看板 <input type="checkbox"/> 駅構内看板			
<input type="checkbox"/> 友人・知人の紹介 <input type="checkbox"/> 家族がかかっている <input type="checkbox"/> 他院からの紹介 <input type="checkbox"/> バス車内音声			
<input type="checkbox"/> 家から近い <input type="checkbox"/> その他 ( )			