

# (小児科) 問 診 票 (わかる範囲でお答えください)

年 月 日

ふ り が な 氏 名	
住 所	〒□□□-□□□□
生 年 月 日	平成 年 月 日 ( 歳 ヶ月 ) 男 ・ 女
T E L	[自宅] [携帯]

①いつ頃から、どのような症状でしたか？ ( 体 温 ) _____ °C ( 体 重 ) _____ kg いつ頃から： どのような症状ですか？
②現在他の医療機関にかかっていますか？ ( はい ・ いいえ ) 『はい』の方…病名( _____ ) 病院・医院名( _____ )
③常用しているお薬はありますか？ ( はい ・ いいえ ) 『はい』の方…お薬名( _____ )
④過去に大きな病気で入院や治療を受けたことがありますか？ ( はい ・ いいえ ) 『はい』の方…( 才頃)、病 名( _____ )
⑥アレルギーはありますか？ 食べ物 ( はい ・ いいえ ) _____ 薬 剤 ( はい ・ いいえ ) _____
⑥お薬の種類について希望はありますか？ シロップ ・ 粉ぐすり ・ 錠剤 ・ 座薬

当診察所を、どのようにしてお知りになりましたか(○を付けて下さい)

1、知人より聞いた 2、他の医療機関よりの紹介 3、通りがかり 4、その他( \_\_\_\_\_ )