

月 日

問診票

むくろじ小児科

ふりがな

お名前 _____ 男 女 _____ 年齢 _____

生年月日 H・R 年 月 日 体重 _____ kg 体温 _____ °C

① はじめての方 ② : 他の家族の診察券はあるが本人は初めての方 ③ : 連絡先に変更のある方 (該当する番号に○をしてください) はご連絡先の記入をお願いします。
ご住所 〒 _____

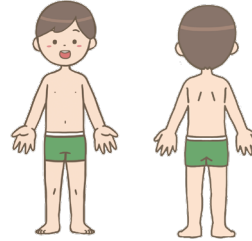
日中ご連絡可能な電話番号 _____ (携帯 ・ 自宅)

当院にて現在、健診・予防接種を予約中の方はお日にちをご記入ください。 月 日 (本人・家族)

1. どのようなことで来られましたか? あてはまるものに○をしてください。

熱 頭痛 せき・鼻水 のどの痛み 嘔吐・下痢 腹痛 血便 便秘 ひきつけ
発疹・湿疹 ➡ 右の図に部位をご記入ください

その他 _____



2. その症状はいつから始まりましたか?

3. すでに他院のお薬を飲んだりしていますか? あてはまる方に○をしてください。

いいえ はい (解熱剤処方希望 ➡ 有 無)

4. 家庭・園・学校に同じ症状の人がいますか?

いない いる ➡ どこに? (家庭 保育園・幼稚園 学校)

5. 今日の様子についてあてはまる方に○をしてください。

元 気 ある 少しない 全くない
食 欲 ある 少しない 全くない
睡 眠 眠れる 少し眠れる 全く眠れない
ゼイゼイ ない 少しある かなりある
おしっこ 普通 少ない 出ない
怖がる ない 少し怖がる かなり怖がる



6. ご希望のお薬の形状に○をしてください。

シロップ 粉末 錠剤

7. 今日母子手帳・お薬手帳はお持ちですか?

有 ➡ 問診票と一緒にご提出ください 無

※本人、ご家族を含め、県外との往来がある方、又は接触の心当たりがある方(はい ・ いいえ)
・(はい)に○をされた方➡都道府県名() 時期()

ご協力ありがとうございました