

# 小児科 初診問診票

記入日 平成 年 月 日

ふりがな	
氏名	(女・男)
生年月日	大昭和 年 月 日 (才)
住所	〒 府 県 市 区
自宅電話番号	( ) ー
昼間の連絡先 (自宅以外の場合)	( ) ー 連絡先名

➤ 今日はどのような症状で受診されましたか。その症状はいつ頃から始まりましたか。

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

体温	℃
体重	kg

- 発疹はありますか？  いいえ  はい
- 吐いたり下痢をしたりしていますか？  いいえ  はい
- 今までにひきつけた事がありますか？  いいえ  はい
- 耳の下がはれていますか？  いいえ  はい
- はしか、水ぼうそう、風疹、おたふくかぜ等の人と接触がありましたか？  いいえ  はい
- これまでに注射や薬で発疹や蕁麻疹が出たり気分が悪くなった事がありますか？  
 いいえ  はい (はいの場合、以下にわかる範囲で記入してください)  
薬の名前、種類と副作用の症状 \_\_\_\_\_
- 食べ物や動物、花粉、ハウスダスト等にアレルギーはありますか？  いいえ  はい
- 今までに特別な病気(先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全など)にかかり医師に診察を受けていますか？  
 いいえ  はい (はいの場合、以下に病名、その年月日などを記入してください)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- すみれ病院を受診された理由に○をつけてください。
1. 近くに住んでいる、または近くに勤めている
  2. 家族がすみれ病院にかかっている
  3. 知人に薦められた、または評判を耳にした
  4. 他の病院・医院から紹介された
  5. すみれ病院を紹介している雑誌・本を見た
  6. すみれ病院のホームページを見た
  7. その他(具体的に \_\_\_\_\_)
  8. すみれ保育園、すみれ乳児保育園、ケアルームを利用しているから

ご協力ありがとうございました。