

問診表



日付： 年 月 日
こどもの森クリニック

ふりがな
氏名： _____ 生年月日：西暦 年 月 日 (歳) 男・女

住所：〒 _____

連絡先(自宅)： _____ 緊急連絡先(携帯)： _____

体重： _____ kg 現在の体温： _____ °C

- ①どのような症状がありますか？
発熱 咳 鼻水 ゼーゼー のどの痛み 下痢 嘔吐 吐き気
頭痛 めまい 腹痛 発疹 その他 (_____)
- ②いつ頃からですか？ _____
2. お子さんの出生時についてお尋ねします。 在胎 (_____ 週) 出生体重 (_____ g)
問題はありましたか？ なし あり (_____)
3. ①今までにかかった病気はありますか？
突発性発疹 けいれん (熱性けいれんを含む) 喘息 アトピー性皮膚炎
花粉症 (アレルギー性鼻炎) 肺炎 中耳炎 風しん はしか 川崎病
水ぼうそう おたふく その他 (病名： _____)
②入院・手術歴はありますか？ なし あり (_____)
4. 現在、他院で治療中・服薬している薬がありますか？
なし あり (_____)
5. 薬や食べ物の副作用・アレルギーはありますか？
なし あり (_____)
6. 周囲で流行している病気はありますか？ (例：水ぼうそう、おたふく など)
なし あり (_____)
7. お薬の錠形について、飲めるものに印をつけてください。
粉 シロップ 錠剤 カプセル ☆希望があれば→ (_____)
8. 今までに受けた予防接種を○で囲んでください。(不明な場合は受付にお伝えください。)
ヒブ 肺炎球菌 B型肝炎 四種混合 三種混合(DPT) ロタ BCG
ポリオ (生・不活化) MR (麻しん風しん) 水ぼうそう おたふく
日本脳炎 二種混合 子宮頸がん その他 (_____)
9. マイナ保険証(マイナンバーカードの健康保険証利用)による情報取得に同意しますか？
はい いいえ ※ 当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願い致します。
10. 当院はどのようにして知りましたか？
ホームページ 紹介 (家族/友人) 看板 キューズガーデンに来て 近所
その他 (_____)

☆ご協力ありがとうございました。なお、緊急時や予定以上に診察に時間を要する患者さんもおおり、ご予約通りに診察できない場合もございます。大変恐縮ではございますがご了承くださいませようお願いいたします。

