

小児科問診表 (新患用)

年 月 日

フリガナ

お名前 _____ さま ご年齢 _____ 歳 ヶ月

生年月日: _____ 年 月 日 性別: 男・女

住 所: _____ 都・県 _____ 区・市 _____

連絡先: 自宅 () 携帯 ()

・マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか? ⇒ はい ・ いいえ

・他の医療機関からの紹介状をお持ちですか? ⇒ はい ・ いいえ

お子様の体重 _____ Kg(g) ※最近で大体の体重で結構です。

現在の通園、通学施設名: _____ 保育園・幼稚園・小学校・中学校

お薬や食事などのアレルギーがある方はお知らせください。

☆ 出生から今までの経過についてお知らせください。(母子手帳を参考に)

出生場所 (_____ 病院) 在胎 週 日

(正常分娩、吸引分娩、鉗子分娩、帝王切開)

出生体重 (_____ g) 身長 (_____ cm) 頭囲 (_____ cm)

☆ お子様の症状・ご相談内容についてご記入ください。

1. 体温: _____ °C 2. 症状には、いつ頃から気がつきましたか?: (以下記入)

・昨日 ・ 今日 → (朝 ・ 昼 ・ 夜)

・他→ _____ 日前から・ _____ 週間前から・ _____ 月前から

3. 以下の症状に当てはまる場合は、✓でチェックを入れてください。

発熱、 咳、 セイセイ (喘鳴) がある、 鼻汁、 のどの痛み、 耳の痛み、

頭痛、 腹痛、 嘔吐、 下痢、 発疹、 けいれん、 おねしょ、

多動がある、 その他 その他をチェックしたら下記に記入してください

ご記入ありがとうございました。ご記入後は、お手数ですがスタッフにお渡しください。

※当院での個人情報保護法に関しては、院内に掲示してありますのでそちらをご覧ください。

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いたします。