問診票(小児用)

この問診票はお子さんの状態を知り、診察をスムーズに行うものです。ご記入して受付にお出し下さい。

ふりがな
氏　名：　　性別：男・女

生年月日：　　年　　月　　日　　年齢：　　才　　ヶ月

住所：〒　　ＴＥＬ：自宅　　（　　）
　　：携帯　　（　　）

☆帰省中の方はご連絡先もご記入下さい

住所：〒　　ＴＥＬ：　　（　　）

１．現在他院で治療を受けていますか？
　は　い（病名：　　）
　　（内服している薬名：　　）
　いいえ

２．アレルギーがあれば〇をつけてください。
　☆喘息　　☆アトピー性皮膚炎　　☆喘息様気管支炎
　☆じんましん　　☆花粉症（アレルギー性鼻炎・アレルギー性結膜炎）
　☆飲み薬のアレルギー　（名前：　　）
　☆注射のアレルギー　（名前：　　）
　☆食物のアレルギー　（内容：　　）
　☆その他のアレルギー　（内容：　　）

３．今までに大きな病気・けが・手術をしたことがありますか？（未熟児だった方もご記入下さい）
　は　い（病名：　　年齢：　　）・　いいえ

４．ひきつけをおこしたことがありますか？
　は　い：その時に熱はありましたか？（　　℃）・　熱はなかった　・　いいえ

５．今までにかかった病気・済んでいる予防接種に〇をつけてください。
　★麻疹(かかった・予防接種をした)　★風疹（かかった・予防接種をした)
　★水痘(かかった・予防接種をした)　★おたふくかぜ(かかった・予防接種をした)
　★百日咳(かかった・四種混合を接種した)　★結核（かかった・BCGを接種した)
　★溶連菌(かかった・かかってない)

６．兄弟・両親・祖父母・お近い親戚で下記の病気・アレルギーがあれば〇をつけてください。（カッコ内に関係をご記入ください）
　☆喘息(　　)　☆アトピー性皮膚炎(　　)　☆喘息様気管支炎(　　)
　☆じんましん(　　)　☆花粉症(　　)　☆薬アレルギー(　　)
　☆食物アレルギー(　　)　☆その他のアレルギー(　　)☆大きな病気(　　)

７．岩間こどもクリニックをどこでお知りになりましたか？
　(　　)

当院はオンライン資格確認システムを導入しており、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・活用するために、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。