

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○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○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or五種混合を接種した) ★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○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。