

問診表

ふりがな

お名前： (男・女) 血液型 (型)

生年月日：平成・令和 年 月 日 (歳)

出生体重 g 体温 . °C 現在の体重 kg

緊急連絡先 自宅：() — 携帯：() —

ご住所 〒 —

◎熱性けいれんの既往 (有・無)

◎園／学校に通っていますか？ (はい・いいえ) (園／学校名)

◎周りで流行している病気はありますか？ (はい・いいえ) (病名)

メール配信希望 (する・しない)

メールアドレス (@)

アレルギー (あり・なし)

食物／卵・牛乳・大豆・小麦・その他 ()

薬品／ ()

その他／ハウスダスト・ダニ・その他 ()

現在他院でもらっているお薬はありますか？

あり／なし ()

お薬処方にご希望はございますか？

※出来ない場合もございます。ご了承ください。

なし／あり⇒お薬種類 (粉・シロップ・錠剤)

お薬回数 (1日2回・1日3回)

来院理由 (あてはまるものに○をつけて下さい)

- ・発熱 (日前から) ・咳 (日前から) ・のどの痛み (日前から) ・ゼーゼー (日前から)
- ・鼻水 (日前から) ・くしゃみ (日前から) ・嘔吐 (咳込んで or 気持ち悪い) (日前から)
- ・腹痛 (日前から) ・下痢 (日前から) ・便秘 (日前から)
- ・発疹：部位 () (日前から) ・予防接種 () その他 ()

抗生物質について (あてはまるものに○をつけて下さい)

なるべく飲みたくない・必要なら飲む・なるべく処方してほしい

当院をどうやってお知りになりましたか？ (あてはまるものに○をつけて下さい)

- ・インターネット・ちらし・保険センター・家族の通院・知人から (さん)
- ・子育てプラザ・幼稚園や保育園・その他 ()

当院にどのようなことを希望しますか？ (あてはまるものに○をつけて下さい)

- ・血液型検査・アレルギー検査・尿検査・鼻吸引・レントゲン撮影・予防接種・健康診断
- ・かかりつけ医・その他 ()

※コロナウイルス感染拡大予防のため

①診察室への入室は子ども1名に対し付き添いの方は原則1名でお願いします。

②鼻処置を中止とし、吸入は喘息発作等の方に限定させていただいています。