

## 問 診 票 (小児科)

(ふりがな)

お子様のお名前 \_\_\_\_\_ (男・女) 生年月日 年 月 日 ( 才 ヶ月)

今まで当院を受診したことがありますか? ( はい ・ いいえ )  
いつ頃ですか? ( 年 月 日頃 科)

来所方法 ( をしてください) 1. 自家用車 2. 自転車 3. 徒歩 4. その他 ( )

お子様の体重 ( ) Kg お子様の現在の体温 ( )

お子様の症状を で困んで下さい

1. 熱がある ( 度位) 2. せき 3. 鼻水 4. 嘔吐・吐き気  
5. 下痢 6. ぜんそく 7. 発疹 ( 受付または看護師にお申し出て下さい)

いつ頃から具合が悪いですが? ( 月 日 午前 ・ 午後 時頃から)

これまで薬または食品のアレルギーはありますか? ( はい ・ いいえ )  
薬剤名 ( ) 食品名 ( )

これまで大きな病気をしたことがありますか? ( はい ・ いいえ )  
内容 ( ) いつ頃 ( 年 月 日頃)

他にかかりつけの病院・クリニックはありますか?  
病院名 ( ) 現在飲んでいる薬 ( )

### 【ご家族の皆様へ】

- ・ 他の患者様の診察や検査などの進行状況・混み具合により、診察までお時間がかかる場合がございます。
- ・ 感染症患者様等の関係で順番に変更が発生する場合があります。  
何卒ご理解・ご協力くださいますようお願い申し上げます。

。住所 \_\_\_\_\_

。電話番号 \_\_\_\_\_