



# 問 診 票 ( 小 児 )



/ /

フリガナ				
お子さんの氏名				
生年月日	年	月	日	年齢 歳 ヶ月
性別		男 女		
住所 〒				
付きそい者氏名			続柄	
携帯電話	— —		自宅電話	( ) —

来院時体温 ( ) °C	身長( )cm	・	体重( )kg
--------------	---------	---	---------

☆ 今日は、どのような症状で来院されましたか？  
 ( )  
 いつからですか？ ( )

☆ 今までに、かかった病気やケガ・手術を受けたことがありますか？ ある ・ ない  
 あると答えた方：病名・手術名などをお書き下さい。( )

☆ 出生時に何かあれば、お書き下さい。( )  
 ( 例：低体重など )

☆ アレルギーは、ありますか？ ある ・ ない  
 あると答えた方：アトピー性皮膚炎・喘息・花粉症・薬物・食物・その他( )

☆ 他の医院・病院にかかっていますか？ いる ・ いない  
 いると答えた方：医院名・病院名および治療内容をお書き下さい。  
 ( )



☆ 現在、飲んでいる薬は、ありますか？ ある ・ ない  
 あると答えた方：薬の名前をお書き下さい。( )

☆ 周りで同じような症状の方は、いますか？ いる ・ いない

☆ その他、気になる事や心配な事があれば、お書き下さい。  
 ( )

- ☆ 当院を知ったきっかけを教えてください。(該当する□にレ点。複数回答可)
- 検索サイト (Google・Caloo・その他： )
  - (検索した単語は？例：本山、内科など )
  - ホームページ
  - 地下鉄構内看板
  - 地下鉄構内周辺地図
  - 千種区地図
  - 電柱
  - 当院の前を通るから
  - ご紹介 (御家族 / 御友人： )