



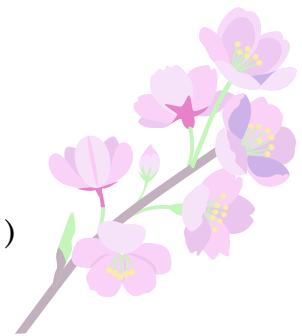
小児用問診票



年 月 日

フリガナ		男 女	生年月日	平成 令和	
氏名				年 月 日 才 ヶ月	
住所	〒 —	電話			
		携帯			
体温	℃	身長	cm	体重	kg

- ① 本日はいつ頃からどの様に具合が悪くて来院されましたか？
 ・いつ頃から ()
 ・どの様な ()
- ② 現在他の医院病院にかかっていますか？
 ・かかっている (病名 薬名)
 ・かかっていない
- ③ 今までに大きな病気、手術、けがなどありますか？
 ・ある (いつ頃 病名)
 ・ない
- ④ 今までに薬や注射、食べ物でアレルギーが出たことがありますか？
 ・ある (薬、注射 食べ物)
 ・ない
- ⑤ ご家族の方で次の病気をもった方はみえますか？ (はい・いいえ)
 ・【はい】の方は下の () に続柄を記入して下さい。
 ・高血圧 脳卒中 癌 ぜんそく 結核 糖尿病 心臓病 その他
 () () () () () () () ()
- ⑥ 一ヶ月以内に予防接種を受けましたか？ (はい・いいえ)
- ⑦ 次の病気にかかったことがありますか？
 ・麻疹 ・風疹 ・水痘 ・おたふく
 () () () ()
- ⑧ 希望事項(点滴、検査してほしい等)
 ()



マイナンバーカードは健康保険証として利用できます。