



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)
()
- ⑨ 先生のご希望はありますか？
院長：佐竹真一 ・ 副院長：安藤量基 ・ どちらでも



マイナンバーカードは健康保険証として利用できます。