医療法人潤優会　　　　　　　　　　**小児科問診票**　　　　　　　　　年　　月　　日

ＩＤ：

：　　　　　　　　　生年月日：20　　　年（　　）月（　　）日　年齢：（　　）才（　　）ヶ月

住所　：〒（　　　－　　　　）　　　　　　　　　　　　電話：（自宅）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(携帯）

職業　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　体重：　　　　　　　㎏

1. **あてはまる症状にチェックを入れて下さい。**

|  |  |
| --- | --- |
| □発熱　（　　　　℃）□せき　　　　　　　　　　□鼻水□下痢　　　　　　　　　　□嘔吐□食欲　□ある　□ない | その症状はいつからですか？□今日から□２～３日前から□１週間前から |
| その他、気になる症状はありますか？　 |

 **②　現在、何かお薬を飲んでいますか？**　□はい　□いいえ

お薬の名前（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

いつ処方されましたか？（　　　　　　　）何日分残っていますか？（　　　　　　）日分

　　※薬手帳をお持ちの方は、ご提出お願いします。

**③　飲めるお薬にチェックを付けて下さい。**

□錠剤　　□チュアブル（ラムネのような、お口の中で溶けるお薬）　□粉薬　　□シロップ

**③　今までに合わなかったお薬や、食べ物アレルギーはありますか？**　□はい　□いいえ

★発疹やその他異常な反応を起こしたなど★

お薬の名前（　　　　　　　　　　　　　）　→症状（　　　　　　　　　　　　　　）

食べ物　　（　　　　　　　　　　　　　）　→症状（　　　　　　　　　　　　　　）

**④　次の病気のうち、かかった事のあるものにチェックを付けて下さい。**

□はしか　□風疹　□水ぼうそう　□おたふくかぜ　□百日咳　□熱性けいれん

**⑤　当院について、どのように知られましたか？**

□近所、通りがかり　□駅などの看板　□家族から聞いて

□知人から聞いて（　　　　　　様）　□他の医療機関から聞いて　□当院のホームページ

□当院以外のホームページ　□ｉタウンページ　□その他（　　　　　　　　）

＊ご記入いただきましてありがとうございます。

お名前をお呼びしますので、もうしばらくお待ち下さい＊