

【小児科用】 いけだファミリークリニック 桶川問診票 2019年 月 日

【 スタッフ記入欄 母子手帳：有・無 / お薬手帳：有・無】

|      |                      |              |       |
|------|----------------------|--------------|-------|
| フリガナ | 男<br>・<br>女          | 西暦 年 月 日     | 身長 cm |
| 氏名   |                      | 平・令 年        | 体重 kg |
|      |                      | 幼稚園・小学・中学 年生 | 歳 ヶ月  |
| 住所 〒 | TEL ( 自宅 携帯 )<br>- - |              | 体温 °C |

(1) いつから、どのような症状がありますか？ 例：咳（1/1～）、鼻水（昨日から）

発熱（ ） 咳（ ） のどの痛み（ ） ゼーゼー（ ）  
 嘔吐（ ） 下痢（ ） 腹痛（ ） 発疹（ ）  
 頭痛（ ） その他（ ）

(2) これまでにかかったことのある病気を教えてください。

突発性発疹 熱性けいれん 気管支喘息 花粉症 アトピー性皮膚炎  
 水ぼうそう 麻疹 風疹 おたふく風邪 その他（ ）  
 特になし

(3) 現在飲んでいる薬、来院までに他院でもらった薬がありますか？

ない ある

薬名

(4) ご家族で病気の方がいれば教えてください。

いない いる

誰が

病気名

(5) 薬や造影剤、麻酔剤のアレルギーがあるとされたことがありますか？

ない ある 何のアレルギーですか？

薬名

(6) 食べ物やハウスダスト等のアレルギーはありますか？

ない ある 何のアレルギーですか？

薬名

(7) 飲み薬の希望

特になし シロップ（液体） ドライシロップ又は粉 錠剤

(8) その他（相談したいこと・質問等）あればお書きください。

(9) 来院のきっかけを教えてください。あてはまるものに○をつけてください。

知り合いの紹介 他医療機関からの紹介 通りがかり  
 ホームページを見て チラシを見て その他（ ）

ご協力ありがとうございました。