

ID

初診 問診票 (小児科)

記載日 年 月 日

患者氏名 生年月日 年 月 日 性別 男 女
体重 . kg 体温 . 度

ご記載者 父 母 ご本人 その他 ()

ご住所 〒

お電話番号 (自宅)

(携帯)

ご来院の理由をお答えください。

- 発熱 咳 胸がゼイゼイいう 鼻汁・鼻閉
嘔吐 下痢 便秘 血便 血尿
発疹 乾燥 痛み (部位)
食欲がない 元気がない 顔色が悪い
通園先などで病気が流行している (病名)
その他 ()

お子さまについてご記載ください。

- 1.通園されている学校名 ()
- 2.出生時の様子 妊娠 週 日/体重 g/経膈分娩 帝王切開術
- 3.出生時の異常 なし あり (内容)
- 4.乳児期の栄養法 母乳 混合 ミルク
- 5.兄弟・姉妹 いない いる (人数、年齢)
- 6.今までに入院したり大きな病気はありましたか
なし あり (内容)
- 7.アレルギー なし
あり (薬品名 /食品名 /その他)
- 8.処方される薬の希望
・ なし あり (シロップ・粉薬・錠剤・カプセル・座薬)
・ 特定の薬剤名がありましたらお書きください ()

当院はどのようにしてお知りになりましたか？

- 知人からの紹介 看板 広告 ホームページ
その他 (具体的に)

ご記載ありがとうございました。