

きし内科クリニック 小児問診票

受診日： 年 月 日

ふりがな お名前		生年月日	平成 年 月 日生 (歳 カ月)	性別	男 女
住所	〒 -				
電話番号	- -	携帯電話	- -		
体温	°C	体重	kg		

1. 本日はどのような症状で受診されましたか、その症状はいつごろからありますか。

いつ頃から？ ()

どんな症状ですか。○をつけてください。

発熱 咳 鼻水 のどの痛み 腹痛 下痢 嘔吐 湿疹

前回の続き 同じ薬が欲しい

その他の症状 ()

2. 今までにかかった病気全てに○をつけてください。

はしか 風疹 みずぼうそう おたふくかぜ 突発性発疹

ぜんそく アレルギー性鼻炎 アトピー性皮膚炎 じんましん 百日咳

その他の病気 ()

3. 今までに入院をしたことがあれば、その病名・年齢を書いてください。

()

4. 予防接種を済ませたものに○をつけてください。

三種/四種混合 はしか 風疹 みずぼうそう おたふくかぜ BCG

5. 現在服用中のお薬はありますか。(有・無) お薬手帳をお持ちの方はご提示下さい。

()

6. お薬や食物でアレルギー症状を起こしたことはありますか。(有・無)

(お薬)

(食物)

7. よろしければ当院に来院なさったきっかけを教えてください。(○をつけてください)

自宅に近いから 知人の紹介 インターネット 看板 チラシ・広告 その他