

☆問診票（12才以下用）☆

フリガナ 氏名									男・女
生年月日	平成	年	月	日	(才)	身長	cm	体重	kg
住所 〒	葛飾・江戸川・()区								
TEL	()	携帯電話			()				
Email アドレス		@							
メールでのお知らせの希望		あり・なし							
()		幼稚園・保育園・小学校・中学校・高校							
<p>★ <u>本日の症状、相談したいことをご記入ください</u></p> <p>発熱(最高 度・今 度)、せき、鼻水、のどの痛み、頭痛、発疹、みずぼうそう、おたふくかぜ、下痢、嘔吐、腹痛、予防接種などの相談 その他 ()</p> <p>★ <u>その症状はいつからですか？</u> (今日・昨日・2~3日前・1週間前・ から)</p>									
<p>★ 出生時の様子について</p> <p>在胎週数 () 週 体重 () g 出生時に異常がありましたか？ いいえ・はい ()</p> <p>★ 今までにかかった病気は 突発性発疹、けいれん、麻疹、風疹、みずぼうそう、おたふくかぜ、百日咳、川崎病</p> <p>★ 入院や手術の有無は？ ない・ある (その病名：)</p>									
<p>★ 他院に通院中ですか いいえ・はい (内・外・整形・皮膚科・小児科・その他)</p> <p>★ お薬を飲んでいますか いいえ・はい (お薬の名前：)</p> <p>★ アレルギー疾患を今までに指摘されたことがありますか？ ない・ある (喘息、アトピー性皮膚炎、アレルギー性鼻炎、食物アレルギー)</p> <p style="padding-left: 40px;">アレルギー反応をおこしたことがある薬・食べ物をお書きください ()</p>									
<p>★ 家族構成を教えてください</p> <p>父： _____ 才 母： _____ 才</p> <p>お子様 (_____ 才、 _____ 才、 _____ 才、 _____ 才)</p> <p>ペット： いない・いる (犬、ネコ、その他：)</p> <p>ご家族で大きな病気やアレルギーがあればお書きください。 ()</p>									