

問 診 票

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		()					
緊急連絡先 Tel ()	※こちらはお子様が一人で来院された時の連絡先とし、他連絡等には使用しません							
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							
★ <u>本日の症状、相談したいことをご記入ください</u>								
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 ()								
★ <u>その症状はいつからですか？ (今日・昨日・2~3日前・1週間前・) から)</u>								
★ <u>出生時の様子について</u>								
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 ()								
★ <u>今までにかかった病気は</u>								
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								
★ <u>入院や手術の有無は？</u> ない・ある (その病名:)								
★ <u>他院に通院中ですか</u> いいえ・はい (内・外・整形・皮膚・小児・その他)								
★ <u>お薬を飲んでいますか</u> いいえ・はい (お薬の名前:)								
★ <u>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？</u>								
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)								
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 ()								
★ <u>家族構成を教えてください</u>								
父: _____ 才 母: _____ 才								
お子様 (才、 才、 才、 才、 才)								
ペット: いない・いる (犬、ネコ、その他:)								
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。 ()								