

問 診 表 子供用

ふりがな	
患者氏名	男 女
生年月日	平成 年 月 日 (才)
自宅住所 〒	電話 ()
緊急連絡先 電話 ()	※こちらはお子さんが一人で来院された時の
自宅・携帯・会社()・その他()	ご連絡先とし、他連絡等には使用致しません
幼・保・学校	
身長 cm	体重 kg
<p>※本日のご症状を、ご記入下さい</p> <p style="padding-left: 20px;">発熱、せき、鼻水、のどの痛み、頭痛、発疹、水ぼう、耳の下や首のはれ、 下痢、嘔吐、腹痛、食欲がない、血便、育児相談 (その他)</p>	
<p>※出生時の様子について</p> <p style="padding-left: 20px;">在胎週数 () 週、体重 () g、分娩・出生時の状態 (正常・異常)</p> <p>※今までにかかった病気は？</p> <p style="padding-left: 20px;">麻疹 (はしか)、水痘 (みずぼうそう)、おたふく、風疹、突発性発疹、ひきつけ、百日咳、川崎病、その他 ()</p> <p>※今まで入院や手術をしたことがありますか</p> <p style="padding-left: 20px;">ない、ある (その病名)</p> <p>※下記の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？</p> <p style="padding-left: 20px;">気管支喘息、アレルギー性鼻炎、アトピー性皮膚炎、食物アレルギー</p>	
<p>☆他院に通院中ですか</p> <p style="padding-left: 20px;">通院中 (内・外・整形・皮膚・小児・その他)・いいえ</p> <p style="padding-left: 20px;">お薬を飲んでいますか はい・いいえ</p> <p style="padding-left: 20px;">はいの場合 (お薬の名前:)</p> <p>☆薬や注射でアレルギー反応をおこしたことがありますか？</p> <p style="padding-left: 20px;">ない、ある ()</p> <p>☆食べ物等で発疹等のアレルギー反応をおこしたことがありますか？</p> <p style="padding-left: 20px;">ない、ある (食品名)</p> <p>☆家族構成を教えてください</p> <p style="padding-left: 20px;">父 (才) 母 (才)</p> <p style="padding-left: 20px;">お子様 (才、 才、 才、 才)</p> <p style="padding-left: 20px;">ペット (犬、ネコ、鳥、ハムスター、その他)</p> <p style="padding-left: 20px;">家族の中でアレルギー体質の方はいますか？ (父・母・兄弟・姉妹・その他)</p>	
<p>☆こちらのクリニックを何で知られましたか</p> <p> <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 当院ホームページ <input type="checkbox"/> クリニック前看板 <input type="checkbox"/> 駅構内看板 <input type="checkbox"/> 友人・知人の紹介 <input type="checkbox"/> 家族がかかっている <input type="checkbox"/> 他院からの紹介 <input type="checkbox"/> バス車内音声 <input type="checkbox"/> 家から近い <input type="checkbox"/> その他 () </p>	