

問診表 (小児用)

--	--	--	--	--

フリガナ

お名前 _____ 様 年齢 _____ 才 体重 _____ kg

ご住所 〒 _____ 電話番号 _____

① どんな症状があるのですか:

耳: 痛がる かゆがる 耳だれ 耳あか 聞こえが悪い

鼻: 鼻水(水のような) 鼻汁(色のついた) つまる 鼻血

のど: 痛がる 声がかわる 咳が出る 痰が出る 扁桃腺が腫れた 食べない

その他: (下痢 腹痛 ゼコゼコする 発熱(38度前半まで) 高熱(38.5度以上))

② いつからですか: _____月____日から

③ 今回の症状のために他院で診療を受けましたか: いいえ はい

治療内容・薬 (_____)

④他に治療中の病気がありますか: いいえ はい

病名・薬 (_____)

⑤ いままでに大きな病気にかかったり、手術を受けたことがありますか:

いいえ はい 病名・薬 (_____)

⑥ 薬のアレルギーはありますか: いいえ はい (_____)

⑦ 診察についてなにかご希望がありましたらご記入ください

(_____)

⑧ 当院を受診したきっかけは何ですか: 通りがかった 人から聞いた 電柱広告

新聞折込、パンフレット インターネット 携帯サイト 他院からの紹介