

# 小児科問診票

PM（外出・院内）

受診日：平成 年 月 日

フリガナ		生年月日	平成 年 月 日 歳
氏名	男・女	TEL	
住所	〒	携帯番号	

◎体重 . kg

◎診察前体温 . °C

## 1. いつ頃からどのような症状でお困りですか。（詳細は診察室でお話下さい。）

いつ頃からですか。 頃から

どのような症状ですか。

- 発熱  鼻水  咳  嘔吐  下痢  
 伝染病（おたふく・みずぼうそう・はしかなど）  
 その他（ )

現在、内服しているお薬はありますか

ある  ない

●服用中の場合は診察室にてお薬手帳をご提示下さい。お持ちでない方は詳細をお話下さい。

●お薬の形(粉末・錠剤・シロップ等)についてご希望がございましたら、医師へお申し出下さい。

## 2. 今までに薬や食べ物でアレルギー症状（発疹、気分不快など）を起こしたことがありますか。

薬・注射のアレルギー

いいえ

はい → 薬剤名：  
アナフィラキシー(けいれんやショック状態)  ある  ない

卵・牛乳のアレルギー

いいえ

はい → アナフィラキシー(けいれんやショック状態)  ある  ない

## 3. 今までに大きな病気にかかったことはありますか。（けいれん、喘息、てんかん、先天性疾患など）

いいえ  はい → :

## 4. (当院が初めての方にお聞きします) 当院をどのようにしてお知りになりましたか。

- 1) 紹介 (口知人  医療機関) 2) 通りがかり 3) インターネット 4) 新聞折込チラシ 5) ぱど 6) ちいき新聞  
7) 看板 8) 手配りチラシ 9) その他 ( )

下記の検査や治療についてご要望がございましたら、欄にチェックして下さい。

アレルギー検査：血液検査によってアレルギー体質の診断を行います。（食物・動物・植物アレルギー検査など）

血液型検査（自費：¥2,100-）：血液型の判定を行います。年齢によってはお受けいたしかねる場合もございます。

発達・育児相談：完全予約制（月・木曜日 14：00～14：30 Dr.綾部による健康保険での診察となります）

言葉が遅いかな？幼稚園になじめるか心配？育児に疲れた等、新生児～中学3年生のお子さんとその親御さんに対する1回完結の相談となります。

対応の助言や必要に応じて病院紹介を行います。ご案内のパンフレットがございます。受付までお問い合わせ下さい。

上記内容は医師の診断の元に行う治療行為となります。患者様の病態によってはご希望に添えない場合もございますのでご了承ください。

ご記入ありがとうございました。お手数ですが、受付までご提出願います。