患者登録・小児問診票

ふりがな			ご住所	〒（　　－　　）
お名前		男 女		
年齢	歳　　ヵ月			
生年月日	昭和/平成/令和　　年　　月　　日			
携帯電話			自宅電話	

問診項目

出生時（ 妊娠　　週　　g ）
妊娠・出産・発達でお伝えすることはありますか（　　）

これまでにかかった病気について教えてください
気管支炎　喘息　肺炎　熱性痙攣　中耳炎　その他（　　）
手術歴 （　　）

かかりつけ医はありますか　なし　あり（医療機関名：　　）

定期内服・吸入されている薬はありますか　なし　あり（　　）

薬・食物アレルギー: なし　花粉症　その他（　　）

兄弟姉妹：　いない　・　いる（　　）
喫煙：　父　母
集団生活：　児童館　習い事　ﾌﾟﾘｽｸｰﾙ　幼稚園　保育園　小学校　療育　ｲﾝﾀｰﾅｼｮﾅﾙｽｸｰﾙ

本日の症状について
体温　　℃　：　来院前測定 / 来院後測定　　**現在の体重**　　kg

・症状はいつ頃からですか　：（　　）から
・どんな症状ですか：
□発熱　□せき　□はな　□たん　□ゼーゼー　□のどの痛み　□頭痛　□腹痛　□嘔吐　□下痢

□皮膚の乾燥　□発疹　（頭 ・ 顔 ・ おなか ・ 背中 ・ 手 ・ 足）

・その他の症状、ケガなど

・その他何かお伝えしたいこと、ご希望があれば、ご記入下さい

・もしよろしければ簡単なアンケートにご協力いただけますよう、お願い致します（複数回答可能）
1）当院を知ったきっかけは？　チラシ　通りがかり　ネット　口コミ　その他（　　）
2）当院を選んだ理由は？　家が近い　職場が近い　診療日時　医師の経歴　クリニックのコンセプト

※その他、ご希望やご意見、ご評価がありましたらぜひネット上の口コミサイト、ホームページ問い合わせ欄、もしくは直接フィードバック頂きますようよろしくお願い致します。

※なお、医療利用の目的で保険証をコピーさせていただきます。ご希望されない方はお申し出て下さい。