

小児初診問診票（7歳～12歳）

記入日 年 月 日

ふりがな				〒(-)
お名前	男		ご住所	
	女			
生年月日	平成	年	月	日
	現在の体重			kg
電話	()			FAX ()
携帯電話				所属 小学校
1、兄弟姉妹はいらっしゃいますか？ いない ・ いる (人兄弟（姉妹）の 番目)				
2、今日はどうして来院しましたか？ 又は心配な点がありますか？				
3、今の状態	発熱	/	～	/
当院での熱	鼻水	/	～	/
	せき	/	～	/
℃	くしゃみ	ある	・	ない
平熱	℃	1か月以内に予防接種を受けましたか はい・いいえ()		
4、当院以外に現在受診されてますか？ (はい・いいえ) 病院の名前 ()				
処方された・または服用中のお薬はありますか？ (はい・いいえ)				
はいの場合はお薬名をご記入ください ()				
おくすり手帳をお持ちの際はご提出下さい。				
5、入院されたことはありますか いいえ ・ はい (はいの方は以下にご記入ください)				
病名 () いつ 年 月 日から 日間)				
6、食物アレルギー有無 ない ・ ある ・ わからない				
あるとお答えした方は (食品名:)				
7、薬に対するアレルギーの有無 ない ・ ある ・ わからない				
あるとお答えした方は (薬名:)				
8、お薬は飲みますか はい (水薬 ・ 粉薬 ・ 錠剤 ・ カプセル) 苦手・わからない				
9、ご質問・ご意見等ありましたら、ご記入をお願いいたします				