

小児初診問診票 (0歳~12歳)

記入日

年

月

日

お名前		現在の 体重		kg
所属	保育園・幼稚園・小学校			
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？				
1か月以内に予防接種を受けましたか はい・いいえ( )				
当院以外に現在受診されてますか？ (はい・いいえ)				
病気の名前 ( )				
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) はいの場合は薬名をご記入ください ( )				
<b>おくすり手帳をお持ちの際はご提出下さい。</b>				
大きな病気をされた事がありますか？ はい ・ いいえ (はいの方は以下にご記入ください)				
病名 ( )				
いつ 年 月 頃				
食物アレルギーの有無 ない ・ ある ・ わからない あるとお答えした方は (食品名: )				
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: )				
<b>お薬は飲みますか</b> はい (水薬 ・ 粉薬 ・ 錠剤 ・ カプセル ) 苦手・わからない				
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				

みやもと耳鼻咽喉科