

初診 問診票 乳児・幼児（小学生未満）

体重 . Kg 体温 . 度

●ご記載日（平成 年 月 日）		●ご記載者（ご本人・母・父・その他： ）	
●患者フリガナ	男 . 女	●ご住所 〒 -	
●患者お名前		●電話番号 （ ）	
●生年月日（平成 年 月 日）		●携帯電話 （ ）	

●本日、お困りのこと

- 発熱 咳 鼻汁・鼻閉 胸がベコベコする呼吸
嘔吐 下痢 血便 血尿
発疹・乾燥・感染症・痛み 麻疹風しん水ぼうそうおたふくかぜの流行あり
食欲不振（いつもより…少し食べない 半分以上 半分以下 水分摂取…可能 困難）
活気低下あり（いつもより… 元気 少ない ほとんどない）
顔色不良あり（いつもより…変わらない 少し悪い かなり悪い）
その他 （ ）

●お手数をおかけしますが、該当するものに○やチェック、ご記載を宜しくお願い致します。

（※不明な箇所は「？」と記載して頂き、症状が悪いときはスタッフにお声おかけください。）

- 1 通園されている園名（ ） 保育園
- 2 出生時の様子（妊娠 週 日・体重 g・ 経膈分娩・帝王切開術）生まれた病院（ ）
- 3 出生時の異常 なし・あり（ ）
- 4 乳児期の栄養法 母乳・混合・人工・その他しばらく食べさせなかったものなど（ ）
- 5 ご兄弟・ご姉妹 いらっしゃる・いらっしゃらない（ 人兄弟・姉妹の 番目）
- 6 今までに大変だったり入院したような病気は ない・ある（病名 ）
- 7 アレルギー ない・ある（薬品名 食品名 その他 ）
- 8 処方される薬のご希望 ない・ある（シロップ・粉くすり・錠剤・カプセル・坐薬、1日2回 ）
- 9 当院通院のきっかけ： ご家族（お名前 ） お知り合い
ホームページ（当院・その他 ） その他（ ）

上記個人情報の取り扱いで、当院HPの規約に同意していただける方はチェックをお願い致します。