

初診 問診票 小学生・中学生

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  
痛み (場所 )  
腹痛 (お腹のどのあたり ) 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 通学先 ( ) 小学校・中学校
- 2 出生時の異常 なし・あり ( )
- 3 ご兄弟・ご姉妹 いらっしゃらない・いらっしゃる ( 人兄弟・姉妹の 番目)
- 4 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 )
- 5 アレルギー ない・ある(薬品名 食品名 その他 )
- 6 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 )
- 7 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。