



問診票 初めてご来院の お子さま

No. _____

お名前	フリガナ	男・女	生年月日	平成	年	月	日生
							(
ご住所	〒			発熱のある方	℃		
お電話	() -	携帯電話		体重	※中学生までは必須 kg		

1. 今日はどうされましたか (□の中に☑をつけてください 複数可)

耳 (症状がある部位に○をつけてください)

- 耳が痛い (右・左)
- 耳だれが出る (右・左)
- 聞こえが悪い (右・左)
- 耳がふさがった感じ (右・左)
- 耳鳴りがする (右・左)
- 耳がかゆい (右・左)
- 耳あかを取ってほしい (右・左)

鼻 (症状がある部位に○をつけてください)

- 鼻水が出る
- 鼻づまり (右・左)
- くしゃみ
- 鼻血 (右・左)
- においがわからない
- 鼻水がのどにおりる

のど

- のどが痛い
- つかえ感、異物感
- 声がかすれる
- せき
- たん
- 息苦しい
- いびき
- 内炎

その他

- めまい
- ふらつき
- 頭痛
- 頭が重い

診察時、当院のスタッフが抱っこすることを希望される方はチェックしてください

上記以外の症状の方や書き足りない方は具体的にお書きください

2. 上記の症状はいつからですか

- 今日から
- () 日前から
- () 週間前から
- () ヶ月前から
- () 年前から

3. 当院以外で他院で治療などを受けていたことがありますか

- ない
- ある (わかれば病名をお書きください)

(病名 _____ 病院名 _____)

4. 現在内服中の薬がありますか

- ない
- ある (お薬手帳や薬の用紙あり (ご提示ください)

薬剤名 _____)

5. 現在かかっている病気や以前にかかったことのある病気はありますか

- ない
- 喘息
- アトピー性皮膚炎
- おたふく
- 花粉症
- 熱性けいれん

6. 今までに薬や注射・食べ物で、体に異常をおこしたことがありますか

- ない
- ある 薬剤名 (_____)

食品名 (_____)

● 当院をお知りになったきっかけは? (複数回答可)

- 近所・通りがかり
- ご紹介 (ご家族・ご友人 _____ 様)
- その他 (_____)

- 当院HP (PC・ スマホ)
- 当院HP以外のネットを見て (具体的に _____)

● お薬の希望剤型は? 粉薬 水薬 錠剤

● 保育園・幼稚園・小学校に通園・通学していますか? はい いいえ

● 当院からのダイレクトメールを希望されない方はチェックしてください 希望しない

ご記入ありがとうございました。記載された情報は大切に保管させていただきます。

