

きかわだクリニック問診表（小児用）

ID _____

ふりがな
お名前： _____

性別（男・女） 年齢 _____ 歳

〒 _____
ご住所： _____

電話番号： _____

携帯電話： _____ 生年月日（西暦） _____ 年 _____ 月 _____ 日

身長 _____ cm 体重 _____ kg 輸血歴（ある・ない）

同居家族を○で囲んでください。（親・祖父母・兄弟・姉妹 _____ 人・その他 _____ 人）

- ① 今までに大きな病気をした事がありますか？（ある・ない）
ある場合はわかる範囲で病名をお書きください
（ _____ ）
- ② 以下のアレルギーはありましたか？ 該当するものがあれば○を付けてください
花粉（春・夏・冬）・ハウスダスト・ダニ・食べ物（食品名： _____ ）
薬（薬剤名： _____ ） その他（ _____ ）
- ③ 保育園、幼稚園、学校で流行っている病気がありますか？（はい 病名： _____ ・いいえ）
- ④ 今日はどのような症状で来院されましたか？以下に該当するものがあれば○を付けてください
発熱（ _____ 度）・咳・鼻水・のどの痛み・おう吐・下痢・発疹・頭痛
その他（ _____ ）
- ⑤ わかる範囲で、該当する方に○を付けてください
機嫌はいいですか？（良い・悪い）
元気はありますか？（ある・ない）
ミルクの飲みや食欲はありますか？（ある（良い）・ない（悪い））
水分摂取はできますか？（できる・できない）
夜間眠れていますか？（はい・いいえ）
尿の量・回数（普段通り・少ない 最後に出たのは _____ 時頃）
けいれんを過去に起こしたことはありますか？（ある・ない）
- ⑥ 今回の病気がかかった医療機関や、他の病気がかかっている医療機関はありますか？（ある・ない）
その医療機関で処方された薬はありますか？（ある・ない）
※ある場合は、お薬手帳や薬剤情報など、持ちであれば診察室でお出しください
- ⑦ 現在ペットを飼われていますか？（はい・いいえ）

当院は診療情報を取得・活用する事により、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証のご利用にご協力お願い致します。