

NO. _____

問 診 票

※ふりがなを必ずご記入下さい

ふりがな _____ 体温 _____ °C
お子様のお名前 _____ 男・女 体重 _____ kg
〒 _____ 住所 _____
電話番号 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
携帯電話番号 _____ <<西暦で記入>> _____ 歳 _____ カ月

以下の質問に○または記入をして下さい。

- ・お子様の生まれた時の体重 _____ g
- ・お産の状態 正常・異常 (_____)
- ・患者さんの兄弟、姉妹がいらっしゃる場合、生年月日をご記入ください。
(亡くなられた方もいらっしゃいましたらご記入下さい。)

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 (男・女) 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 (男・女)
平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 (男・女) 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 (男・女)

- ・現在痴情中の病気・内服しているお薬はありますか？
また以前に入院・手術をしたこと等ありましたらご記入下さい。

- ・アレルギーはありますか？ (有・無)

有の場合

薬：薬剤名 (_____) 食べ物 (_____) その他 (_____)

- ・ご家族にアレルギーのある方がいらっしゃいますか？ (有・無)

有の場合

どなたが何のアレルギーですか？

例：父 _____ ハウスダスト _____ 花粉症・喘息

- ・喘息と診断されたことはありますか？ (有・無)

有の場合

_____ 歳の時から _____ 現在服用中のお薬

- ・熱性けいれん又はてんかんの既往はありますか？

またご家族で熱性けいれん又はてんかんの既往のある方はいらっしゃいますか？ (有・無)

有の場合

本人 (_____ 歳) 家族 (_____)