

問診票 [初診用]

受付番号

患者さん番号

ふりがな



井上こどもクリニック

お名前

男・女

生年月日 H・R 年 月 日 満 才 ヶ月

ご住所 〒□□□-□□□□

携帯番号 [あなたの:] () / ご自宅 ()

体温 ℃

体重 kg

◀ あらかじめ、測定をお願いします。

来院者 (母親・父親・祖父母・その他 [])

1. 本日はどうされましたか? * 主な症状に と をつけ、必要に応じて記入をお願いします。

- 38度以上の発熱 [月 日 時~]
- 咳 (乾いた咳・痰がらみ・睡眠 (良好・不良)・咳後嘔吐)
- 鼻水 (透明・黄緑色) 鼻づまり
- 耳痛 [月 日 時~] 耳鼻科受診 (あり・なし)
- 腹痛 [月 日 時~] (歩ける・歩けない)
- 嘔吐 [月 日~ / 1日 回] (水分とれる・少・とれない)
- 下痢 [月 日~ / 1日 回] (水様・泥状・血便)
- 発疹 [月 日 時~] (頭・顔・体・手足・おむつかぶれ)
- 便秘 [月 日~]
- 頭痛 のどの痛み 鼻吸引希望
- その他*

看護師記入欄

2. 上記の症状で他の医院を受診されましたか? はい いいえ

受診歴のある方は上のその他欄*に、受診日、受診医院、検査、説明、処方の詳細な記入をお願いします。

3. 現在服用中の薬や使用中の軟膏はありますか? はい いいえ

ある場合には薬名をご記入ください。お薬手帳をお持ちであればご用意してお持ちください。

4. あらかじめお薬のご希望を教えてください。

 シロップ 粉 錠剤 (30kg以上) 軟膏 () 解熱剤 (坐薬・粉)5. 今までにかかった病気 熱性けいれん 突発性発疹 薬疹 () その他 ()6. 周囲で流行している病気がありますか? いいえ はい ()
園名・学校名 ()

7. かかりつけ医はありますか?

小児科 () 皮膚科 () 耳鼻科 ()

8. 当院をどのような形で知りましたか?

 インターネット (ホームページ) 友人・知人の紹介 兄弟がかかりつけ 看板をみて 他院からの紹介

ご協力ありがとうございました。