

すこやか小児科問診票---当院へ初めて受診される方

お名前

性別

男 ・ 女

生年月日 平成 年 月 日 (才 か月)

体重 () kg

ご住所 府・県 市

保護者のお名前 () 連絡先：電話 or 携帯 ()

本日受診された理由 (○をしてください)

全身の症状 発熱 持続する発熱 元気がない 食欲がない その他 ()

お腹の症状 腹痛 嘔吐 持続する腹痛 むかつき 下痢 長引く下痢
その他 ()

呼吸の症状 咳 長引く咳 鼻水 咽頭痛 鼻詰まり その他 ()

皮膚の症状 かゆみ 湿疹 紅い発疹 乾燥肌 その他 ()

神経の症状 けいれん 頭痛 その他 ()

☆ 兄弟、通っておられる園、学校で今流行している病気はありますか
特に聞いていない ・ () が多い

☆ あらかじめ医師に伝えておきたい事 例) 薬疹、過去の病

☆ 相談したい事がある

食物アレルギー ・ アトピー性皮膚炎 ・ 気管支喘息

夜尿 ・ 肥満 ・ 低身長 ・ 朝起きられない ・ その他 ()

☆ 検査の希望 (具体的にお書き下さい。)

☆ 発達の問題 (心配な事を具体的にお書き下さい。)

☆ 予防接種について

予防接種相談 (スケジュール等) は必ず母子手帳を持参の上、受付「予防接種専用カウンター」で担当看護師にご相談下さい。その他の質問は医師に直接ご相談下さい

♥ ドアノブインフォメーション

今日の診察以外の事で相談したいことがあれば、医師に直接お伝え下さい。