

ふじわら小児科内科医院 小児科 患者問診表

記入年月日 年 月 日

ふりがな		生年月日	昭和	年	月	日
名前	男 女		平成	年	月	日
住所	郵便番号(-)	電話				
		携帯				

体重: _____ kg

診療の参考にしますので、以下の質問事項を記入してください。

お熱はありますか？	はい ・ いいえ () から () の熱があります。
他に、具合の悪いところがありますか？	はい ・ いいえ 咳 鼻 のど痛 頭痛 腹痛 嘔吐 下痢 発疹 その他 ()
現在、治療中の病気や 服用中の薬はありますか？	はい ・ いいえ 病名 () 薬剤名 ()
これまで、次の病気に かかったことはありますか？	はい ・ いいえ けいれんやひきつけ(熱あり・熱なし) 肺炎 おたふくかぜ(ムンプス) みずぼうそう(水痘) アトピー性皮膚炎 その他 ()
これまで、重い病気や手術のため 入院をしたことがありますか？	はい ・ いいえ いつ ()、病院名 () 病名 ()
喘息と言われたことがありますか？	はい ・ いいえ
湿疹・じんま疹がしやすい体質ですか？	はい ・ いいえ
薬や食べ物で発疹が出たり、 体調が悪くなったことがありますか？	はい ・ いいえ 薬 ()、食品 ()
家族で重大な病気や 慢性の病気にかかった人がいますか？	はい ・ いいえ 【 】が ()