診療申込書兼問診票（小児）

令和　　年　　月　　日

ﾌﾘｶﾞﾅ お名前	（男・女）	生年月日	年　　月　　日生 （　　歳　　か月）
ﾌﾘｶﾞﾅ ご住所	〒（　　－　　）	電話番号	※連絡する順にご記入ください 1)　　自宅・携帯（　　） 2)　　自宅・携帯（　　）

〈わかる範囲でご記入ください。〉

1　本日はどのような理由で来院されましたか。
他院からの紹介　　定期通院の希望　　体調が悪い　　健診で異常がある　　書類を希望

2　次の状態に当てはまれば〇で囲んでください。
ぐったりしている　　意識状態が悪い　　手足が動かない

3　どのような症状ですか。あてはまる症状を〇で囲んでください。
発熱　　頭痛　　のど痛　　鼻水　　せき　　痰　　吐き気　　おう吐　　下痢
痛み（　　）
発疹（　　）　痒み（　　）
ケガ（どこを；　　どのように；　　）
〇これらの症状ははいつから始まりましたか。
月　　日　午前・午後　　時頃から

4　思いあたる原因がありますか。
※１か月以内に海外渡航歴のある方や、家族や周囲の方で同じ症状がある方はご記入ください。

【　　】

5　現在の状態
食欲　　（ある・ない）　　水分（飲める・飲めない）
おしっこ　（でる・でてない）　　便　（でる　・でてない）
元気　　（ある・まあまあ・ぐったり）

6　現在、他院にて診察を受けたり、治療中の病気はありますか？（　はい　・　いいえ　）
〇はいの方は病名をご記入ください。
〇飲んでいるお薬はありますか。（　はい　・　いいえ　）
※ お薬手帳をお持ちの方は、受付にお渡しください

7　これまでにかかったことのある病気を教えてください
水ぼうそう　おたふくかぜ　熱性けいれん
アトピー性皮ふ炎　ぜん息　じんましん　食物アレルギー（食品名　　）
〇その他（入院歴もあればご記入ください。）
【　　】

8　今までに駐車や薬で副作用（発疹・気分不良・ショック）がありましたか。
はい　・　いいえ（薬品名）

9　飲めない薬の形状はありますか。　（錠剤　・　粉薬　・　シロップ）

10　不明な点や質問があればご記入ください。