

持参分

中学生までの方

受診日

年 月 日

問診票・受診申込書（小児科・外科 No. ）

時 分

フリガナ	セイ	メイ	男・女	生年月日	年齢 歳 (ヶ月)
患者氏名	姓	名		平成 令和 年 月 日	
住所 〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 府 道 市 郡 県 都 郡					
携帯電話 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 電話番号 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					
来院方法	自動車・徒歩（自転車）・その他（ ）・救急車（ ）消防				

* 本日はどのような症状で来られましたか。

発熱	けいれん	頭を打った
せき	発疹	身体を打った（部位： ）
鼻水	頭痛	けが（部位： ）
息苦しさ	耳痛（ 右・左 ）	骨折やねんざの疑い（部位： ）
腹痛	のどの痛み	片手を動かさなくなった（ 右・左 ）
嘔吐	声のかれ	やけど（部位： ）
下痢・血便	便秘	虫さされ（部位： ）

その他の症状

職員記入欄

T	RR
PR	BP /
SPO ₂	WT

* いつ頃からですか 約（ ）時間前 または 約（ ）日前

* 今回の症状で診察は受けられましたか いいえ・はい（いつ ）

* 何かお薬を使いましたか いいえ・はい（いつ ・薬名 ）

* 食事・水分はとれていますか いいえ・はい（食事 ・水分 ）

* 1ヶ月以内の海外渡航歴 あり・なし * 周囲で流行っている病気 なし・あり（ ）

①アレルギー（過敏症）はありますか ない・ある 薬剤（ ）食品（ ）
その他（ ）②現在、治療中の病気はありますか いいえ・はい（ぜんそく・中耳炎・アトピー・てんかん）
（その他 ）
病院・医院名（ ）

③現在、服用中の薬はありますか ない・ある（おくすり手帳持参： ない ・ ある ）

④今までにかかった大きな病気・けがはありますか いいえ・はい
（病名 ）（いつ頃 ）