

中野ファミリークリニック 問診票【小児科】

_____年 _____月 _____日

フリガナ		性別	男 ・ 女
氏名		生年月日	平成・令和 年 月 日 (歳 ヶ月)
住所	〒 ()		
電話番号		学 校	
携帯電話		記入者	

身長 [] cm 体重 [] kg

カルテ作成のため、以下の事柄についてお尋ねします。

■今日どのような症状でお困りですか？ 体温 [] °C

■それはいつ頃からですか？

■本日の症状に対して何かお薬を飲みましたか？ はい (お薬名：) ・ いいえ

■現在治療中の病気やけがはありますか？

ない

ある→病院名：

診断名：

治療内容：

処方内容

■過去に、入院・手術をするような病気やけがをしましたか？

ない

ある→傷病名：

病院名：

入院時期 (期間)：

手術内容：

■薬や食物のアレルギーはありますか？

ない

ある→薬・食物

症状

■現在までに受けた予防接種に○を付けてください

小児肺炎球菌、ヒブ、B型肝炎、ロタウイルス、四種混合、三種混合、不活化ポリオ、生ポリオ、BCG、麻疹風疹、おたふく風邪、水痘、日本脳炎、二種混合、子宮頸がん、その他 ()