

西巢鴨こどもクリニック問診票（初めて受診の方をお願いしています）

住所（○を付けてください）：乳幼児（こども）医療証と同じ・異なる

フリガナ

（異なる場合）〒 —

氏名 _____（男・女） _____

現在の体温 _____℃ _____

最近の体重 _____kg 電話番号 — —

（携帯電話） — —

（当てはまるものに全て○を付けるか、必要に応じてご記入をお願いします。）

1.当クリニックを何でお知りになりましたか？

医療モールの看板 知人からの紹介 他院からの紹介（ _____ 病院／医院）
インターネット（ホームページ・ブログ・ツイッター） 駅広告（板橋駅・西巢鴨駅） 電柱看板
その他（ _____ ）

2.今日はどうな理由での受診ですか？

発熱（ _____℃）、 咳、 痰、 鼻汁、 鼻詰まり、 頭痛、 のどの痛み、 耳の痛み・耳漏
腹痛、 下痢、 嘔吐、 食欲不振、 発疹、 痙攣、 健診、 予防接種（ _____ ）
その他（具体的に： _____ ）

予防接種・健診の方は、以下の記載はなさらなくて結構です

3.その症状はいつからですか？

4.その症状でお薬を飲んだり、他の医療機関を受診されたりしましたか？

ない / ある（いつ？ _____ どんな薬ですか？ _____ ）

5.今までにお薬や注射、あるいは食べ物でアレルギー症状（発疹や息苦しさなど）が出たことがありますか？

ない / ある（原因； _____ ）

6.出生後からいままで、健診などでなにか異常を指摘されたことがありますか？

ない / ある（早産 ・ 低出生体重 ・ その他（具体的に） _____ ）

7.現在治療中の病気はありますか？また、今までに入院や手術などのご経験はありますか？

現在治療中の病気： ない / ある（病名： _____ いつから： _____ ）

入院 ない / ある（病名 _____ : _____ 歳頃、 _____ 病院）

手術 ない / ある（病名 _____ : _____ 歳頃、 _____ 病院）

8.ご家族・ご親戚で、現在体調の悪い方はいらっしゃいますか？

ない / ある（どなたが？ _____ 症状（具体的に）： _____ ）

9.よろしければ同居されているご家族の構成をお教えてください。

（○を付けてください。兄弟・姉妹については年齢もお願いします）

父 ・ 母 ・ 祖父 ・ 祖母 ・ 兄弟／姉妹（ _____ 歳）（ _____ 歳）（ _____ 歳）（ _____ 歳）

10.ご質問・ご意見などがございましたら、お書きください。

ご協力ありがとうございました。