

☺☆☆ 問診票 ☆☆☆☺

ID番号： _____

記入： 年 月 日

| | | | | | |
|--------------|---------------|-------|------------|-----|-----|
| フリカ`ナ 氏 名 | | 性 別 | 男 ・ 女 | 体 重 | Kg |
| | | 生年月日 | 昭・平・令 | 年 | 月 日 |
| 住 所 | 〒 — | 電 話 | () | — | |
| | | 携 帯 1 | () | — | |
| | | 携 帯 2 | () | — | |

☼ 診療の参考にしますのでご記入ください。

来院時体温： _____ °C

① 本日受診されたお困りの症状はなんですか？

発熱 咳 鼻水 鼻づまり のど痛 頭痛 腹痛
下痢 吐き気 嘔吐 発疹 湿疹

その他 (_____)

それはいつごろからですか？ (_____)

② 現在飲んでいる薬はありますか？ それは何の病気に対してですか？

◇ なし ◇ あり (_____)

③ これまでにけいれんを起こしたことはありますか？

◇ なし ◇ あり (1回のみ ・ 複数回 : 最終発症はいつですか？ _____)

④ かかったことがある病気を教えてください。 基礎疾患があれば、あわせてご記入ください。

肺炎 中耳炎 副鼻腔炎 尿路感染症

その他 (_____)

⑤ これまでにおおきな病気や手術で入院したことはありますか？

◇ なし ◇ あり (_____) 歳頃に、病名 (_____) で (_____) 病院に (_____) 日間入院

⑥ これまでに、ぜんそく・アトピー・鼻炎といわれたことはありますか？

◇ なし ◇ あり (長期管理は、 無 ・ 有 : 具体的に _____)

⑦ これまでに薬や食べ物に対してアレルギー反応を起こしたことはありますか？

◇ なし ◇ あり (具体的に _____)

⑧ 家族で病気やアレルギーといわれた人はいますか？

◇ なし ◇ あり (父・母・兄・弟・姉・妹) が (_____)

⑨ マイナ保険証をご利用の場合のみお答えください。

診療情報取得に同意されますか？ (はい ・ いいえ)

正確な情報を取得・活用し質の高い医療の提供に努めています。ご協力をお願いします。

⑩ 当院は大学研究機関の協力病院です。血液や尿などを診療の際に採取することがありますが、

必要検査後その残りを研究の一環に使用することに同意されますか？

(はい ・ いいえ) 保護者署名 (_____)