

診療申込書兼問診票 小児用(中学生まで)

令和 年 月 日

ふりがな	性別
患者氏名	男 ・ 女
生年月日 平成 令和 年 月 日 (年齢 歳 ヶ月)	
住所 〒 電話	
連れてきた人の氏名	父、母、祖父母、その他()
来院時の体温 _____ 度 体重 _____ Kg	
1)症状に○をつけて下さい。 発熱 頭痛 鼻水 鼻づまり 咳 発疹 嘔吐 下痢 腹痛 機嫌(よい、ふつう、わるい) 食欲(ある、ない) 水分 (飲める、飲めない)	
その他 _____	
2)いつからですか。 _____ 月 _____ 日より (午前・午後 _____ 時頃)	
3)今までに先天性異常・心臓・腎臓・脳神経・喘息・アトピー性皮膚炎・その他の病気で かかりつけ医師の診察を受けていますか。 ない ・ ある _____	
4)現在飲んでいる薬はありますか。 ない ・ ある _____	
5)薬や食品で皮膚に発疹やじんましんなど、からだの具合が悪くなったことが ありますか。(アレルギーなど) ない ・ ある 薬品名 _____	
6)熱性けいれんをおこしたことがありますか。 ない ・ ある _____ 歳頃 回数(_____ 回)	
7)今までに受けた予防接種に○をつけて下さい。 B型肝炎 ヒブ 肺炎球菌 DPT-IPV BCG MR(I、II) 日本脳炎 みずぼうそう ポリオ DPT DPT追加 ロタウイルス おたふくかぜ インフルエンザ(10~3月) 新型コロナウイルス	
8)今月当院に受診しましたか。 初めて ・ 受診した(_____ 月 _____ 日)	

この情報は院内での利用目的以外には使用致しません。

練馬区休日急患診療所・夜間救急こどもクリニック