小児再診　ゆりの木クリニック　問診票

ID：			受診日	年　月　日
お名前	ふりがな　男・女		生年月日	平成 西暦　年　月　日生 （　才　ヶ月）
ご住所 ※変更がある方	〒		お電話 □　自宅 □　携帯	（　）
幼稚園・学校		体重	kg	本日の体温　℃

★本日はどうなさいましたか？

□発熱（　℃）　□咳　□鼻水　□のどの痛み　□腹痛　□下痢　□吐き気　□嘔吐

□元気がない　□湿疹（部位　）

□その他（　）

★いつからですか？：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿日前から

他の医療機関にかかりましたか？　□いいえ　□はい：医療機関名（　）

お薬を飲みましたか？　□いいえ　□はい：お薬名（　）

★現在治療中のけが、病気はありますか？

□ない

□ある　病名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

かかっている医療機関：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

★現在飲んでいるお薬はありますか？

□ない

□ある　お薬名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

★今までアレルギー、特異体質といわれたことはありますか？

□ない

□ある：食物（　）　薬（　）　その他（　）

詳しくご記入ください：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

★今までにかかった病気を教えてください：

□肺炎　□熱性けいれん　□はしか　□風疹　□おたふく　□みずぼうそう

□気管支喘息　□溶連菌　□その他（　）

★何か気になることがあればご記入ください：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿