

※提供していただいた情報は、当院での治療目的以外には使用致しません。

いぬかみ 小児科問診表

20 年 月 日記入

(ふりがな)
お名前:

生年月日: H 年 月 日 性別: 男・女

郵便番号: - 現住所:

自宅電話番号:() -

携帯番号(母): - - 携帯番号(父): - -

実家住所: 電話番号:() -

兄弟姉妹: 人中の 番目 出生医療機関:

出生体重: g 妊娠期間: 週 日 母乳 混合 人工乳

☆いつからどのような症状ですか？

☆この病気で他の病院にかかりましたか？ いいえ・はい(病院名:)

☆当院をどこでお知りになりましたか？

友人知人 インターネット 兄弟姉妹がかかっている 近所・看板 園・学校
助産師・保健師 市の案内 他院からの紹介 夜間救急室 その他()

☆今までにかかった病気に○をつけてください。

喘息 肺炎 はしか 風疹 おたふく 水痘 百日咳 手足口病
その他()

☆今までに受けた予防接種に○をつけて下さい。

ヒ7 肺炎球菌 四種混合 BCG ロタウイルス B型肝炎 麻疹風疹混合(MR)
おたふく 水痘 日本脳炎 三種混合 ポリオ 二種混合 子宮頸がん

☆タバコを吸われる方いらっしゃいますか？ いいえ・はい(父・母・他)

☆ペットを飼っていますか？ いいえ・はい(イヌ・ネコ・その他:)

★1歳以上のお子様のみ(起床時間) 時 分 (就寝時間) 時 分