

問 診 票 (中学生以上) 坂ノ市こどもクリニック 2021/9/1

フリガナ

氏名 () 性別 (男 ・ 女)

生年月日 (昭和・平成 年 月 日) 年齢 (歳)

現住所 (〒)

電話番号 (・父携帯 ・母携帯 ・自宅/その他)

帰省先 (〒) 様方)

帰省先の電話番号 ()

通学、通勤について (_____ 中学校・高等学校・専門学校・大学、勤務先 _____)

※ 今日の受診理由は次のうちどれですか？あてはまるものに○をつけてください。

1, 体調が悪い 症状は？ 熱 頭痛 咳 鼻水 咽頭痛 腹痛 嘔気 嘔吐 下痢 発疹 関節痛
その他 ()

いつから？ 今日から 昨日から 2～3 日前から その他 ()

2, 予防接種

※ 生まれつきの病気や、出生後からの病気がありますか？

無 ・ 有 (病名)

※ 現在、定期的に通院して診察を受けたり、治療中の病気がありますか？

無 ・ 有 (病名)

※ 現在、何らかのお薬を内服したり、使用したりしていますか？

無 ・ 有 (薬剤名)

※ 薬の内服や注射で、異常反応やアレルギー症状が出たことがありますか？

無 ・ 有 (薬剤名)

※ 薬以外で、異常反応やアレルギー症状が出たことがありますか？例えば、食物、動物、植物、花粉が原因で

無 ・ 有 (原因となったもの)

※ 1ヶ月以内に予防接種を受けましたか？ 無 ・ 有 (予防接種名)

※ 今までにかかった感染症に○をつけて、かかった時の年齢を記入してください。

・突発性発疹症 歳 か月 ・麻疹(はしか) 歳 か月 ・水ぼうそう 歳 か月
・百日咳 歳 か月 ・風疹(三日はしか) 歳 か月 ・おたふくかぜ 歳 か月

※ ご家族のお名前

兄弟姉妹の名前とフリガナ (年長児から順番に、本人を含めて全員を記入してください)

名前とフリガナ		()	男・女	(歳)
父()	(歳)	}	()	男・女 (歳)
母()	(歳)		()	男・女 (歳)
			()	男・女 (歳)
			()	男・女 (歳)

※ ご家族、同居者のうち喫煙者がいますか？ 無 ・ 有 (ご本人、配偶者、父、母、祖父、祖母)

※ 当クリニックを受診されたきっかけは何ですか？○をつけてください。

自宅・実家から近い 看板・電話帳・ホームページを見て 口コミ 日曜日診療 休日当番医 ご家族のかかりつけ
他の病医院からの紹介 その他()

上記の情報は、当クリニックで定めた利用目的の範囲内で利用させていただきますのでご了承下さい。