

小児問診票

ふりがな ()
お名前 年齢 () 歳 (男 女)
郵便番号 (-)
住所
電話 (- -)

1 あなたのお子様の発育歴についておたずねします

- 出生体重 () g
分娩時に異常はありましたか (いいえ はい)
はいの方へ 具体的に ()
出生後に異常はありましたか (いいえ はい)
はいの方へ 具体的に ()
乳児検診で異常があるといわれたことがありますか (いいえ はい)
はいの方へ 具体的に ()

- 2 最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか (いいえ はい)
はいの方へ 具体的に ()

- 3 生まれてから今までに特別な病気にかかりましたか (いいえ はい)
はいの方へ 具体的に ()

- 4 ひきつけ(けいれん)を起こしたことはありますか (いいえ はい)
はいの方へ 何歳ごろでしたか () 歳ごろ
はいの方へ そのときに熱はでましたか (いいえ はい)

- 5 薬や食品で皮膚にじんましんが起きたりからだの具合が悪くなったことがありますか
(いいえ はい)
はいの方へ 原因物質がわかっている場合は教えてください
()

- 6 今日の体の具合の悪いところ 症状を教えてください
()

- 7 診察前体温 () °C

- 8 当クリニックへの受診動機は (Webサイト クチコミ 近間だから かかりつけが休診)

- 9 その他受診動機や医師に聞きたいことなどご自由に ()
() ()

ありがとうございました