

記入日： 年 月 日

くまだキッズ・ファミリークリニック問診票

ふりがな _____ カルテ番号 (_____)

お名前 _____ (男・女)

生年月日 S. H. R 年 月 日 年齢 _____ 歳 体重 _____ Kg

住所 (はじめての方のみ記載)
〒 _____

電話番号 (はじめての方のみ記載) _____ - _____ 保護者名 _____

緊急連絡先: 氏名 _____ 電話番号: _____ - _____

紹介状: 有 ・ 無 診療情報提供書依頼: 有 ・ 無
書類依頼: 有 ・ 無

予防接種の方は下記のご記入は不要です

今回の症状ではじめての受診の方は(1)から、前回の続きで再診の方は(6)からご記入ください

(1) いつからどのような症状があるか、具体的にお書きください

(2) 本日の症状であてはまるものをチェックしてください

- 発熱 (_____ 度)
- 咳 (ゼーゼー・ヒューヒュー・ケンケン・たんがからむ・1日中・寝る前・寝起き・日中)
- 鼻みず (さらさら ・ 透明 ・ 粘っこい ・ 黄～黄緑)
- 鼻づまり
- はきけ・嘔吐
- 下痢 (ゆるい便 ・ 水のような便)
- 便秘
- 腹痛
- 食欲がない
- 水分が取れない
- 発疹(ぶつぶつ) (具体的に _____)
- 倦怠感(だるさ)
- その他 (_____)

(3) まわりで流行っている病気はありますか？

(4) 食べ物や薬でアレルギー症状が出たことがありますか

(5) 他の医療機関で薬を処方されていますか

(6) 前回受診後の方へ 本日の受診の目的を教えてください

- () 症状が良くならないため
- () 薬がなくなったため
- () 検査結果を聞きたい
- () その他 (_____)