



健診・予防接種・アレルギー相談

ただだこどもクリニック

記入日 (年 月 日)

問診票

※発疹(ぶつぶつ)等があり、感染の恐れがある場合は先に受付へお伝えください。

		体温		体重	
ふりがな		男女	生年月日	年 月 日 (歳 ヶ月)	
お名前	くん・ちゃん				
ご住所	〒(-)				
電話番号		携帯電話			

1) 本日はどうされましたか？

2) 今回の事で他の病院へ受診されましたか？ (はい・いいえ)

はいの方

○いつ受診されましたか？ (月 日)

○何かお薬や検査はされましたか？ ()

3) 現在の集団生活について教えてください。 なし・あり (園名)

○水分は飲めていますか？ (いつも通り やや少ない 少ない)

○食事はとれていますか？ (いつも通り やや少ない 少ない)

○睡眠はとれていますか？ (いつも通り やや浅い 眠れない)

○機嫌はどうですか？ (いつも通り やや悪い 悪い)

○アレルギーについて なし・あり ()

○飲むお薬のかたち 水薬・粉薬・錠剤またはカプセル・分からない

○当院は院外処方です。処方の円滑化を図るため事前にご希望の薬局に処方箋をFaxしております。

事前Faxを 希望する (薬局) 希望しない

4) 予防接種について

定期接種も任意接種も基本的にうけている 定期接種のみ受けている

覚えていない →お持ちでしたら母子手帳をご提示ください

5) 今までにかかった病気はありますか？

特になし 突発性発疹 熱性けいれん 川崎病 喘息・喘息性気管支炎

アトピー性皮膚炎 その他 ()

アンケート

○当院への交通手段について教えてください？ 徒歩・自転車・車・その他 ()

○当院をどこでお知りになりましたか？ コミ・ホームページ・通りがかり・その他 ()

○その他に相談したいこと、ご要望など有ればお気軽にどうぞ。