ポポロ小児科自由が丘　問診票

ご記入日　　年　月　日

氏名（ふりがな）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　男・女　　S・H　　年　月　日　生

住　所　〒　　－　　都・県　　区・市＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号　自宅（　　）　　－＿＿＿＿＿＿　携帯　　－　　－＿＿＿＿＿＿

（日中ご連絡のつく電話番号を必ずお書きください）

1．出生時の状況について

・出生時の異常はありましたか？

□いいえ　□はい（具体的に：　　）

・出生時　体重＿＿＿＿＿＿g　週数＿＿＿週＿＿＿日（予定通りなら40週0日）

2．☆重要☆　アレルギーについて（食品、内服薬、注射、予防接種など）

□なし　□あり（具体的に：　　）

3．現在、他通院中の病気、服用中の薬はありますか？

□なし　□あり（病名：　　病院名：　　）

（薬名：　　）

4．今まで入院したり、大きな病気にかかったことはありますか？

□なし　□あり（いつ：　　頃　病院名：　　）

（どんな：　　）

5．患者様のご家族の病気について（大きな病気、慢性疾患、アレルギー疾患など）

□なし　□あり（具体的に：　　）

6．本日の症状・相談内容　体温＿＿＿＿℃　最近の体重＿＿＿＿＿＿kg

＊どうなさいましたか？

□発熱（　　日前から）　□鼻汁（　　日前から）　□せき（　　日前から）　□喘鳴（ゼーゼー）（　　日前から）

□たん（　　日前から）　□のどの痛み（　　日前から）　□耳の痛み（　　日前から）

□腹痛（　　日前から）　□嘔吐（　　日前から　　回）　□下痢（　　日前から　　回）　□便秘（　　日前から）

□頭痛（　　日前から）　□発疹（ブツブツ）（　　日前から　どこに？　　）　□予防接種・健診

□その他（　　）

＊水分摂取について　□良好（いつもどおり）　□少なめ　□ほとんど摂取できてない

＊排尿について　□あり（いつもどおり）　□少なめ　□ほとんど出ていない

＊睡眠について　□良好（いつもどおり）　□あまり眠れない　□ほとんど眠れない

7．当院をお知りになったきっかけを教えてください。

□ローズこどもクリニックから利用　□ホームページ　□兄弟・知人　□通りがかり

□パンフレット　□facebook　□その他（　　）

8．おとなりのオレンジ薬局に処方ご希望ですか？

□はい（この問診票をオレンジ薬局にも提供します。ご了承ください）　□いいえ

9．副作用の出たことのある薬があればご記入ください。（　　）

以上です。お手数ですが、受付にお戻しください。