



小児用 問診票

せせらぎクリニック Seseragi Clinic

母子手帳をお持ちの方は受け付けにご提出ください

フリガナ		生年月日	西暦	年	月	日	歳	男	女
お名前									
住所	〒 -								
電話番号()	-			携帯番号	- -				

※個人情報 は 当院 で 定め た 利用 目的 の 範囲 で 使用 し ます。

体温: 度 身長: cm 体重: kg

1. どのような症状ですか？(具体的にお聞かせください。)

2. その症状はいつ頃からですか？

3. 生後から今まで手術や入院する病気にかかったことがありますか？
ない ・ いる … どの病気ですか？具体的にお書きください

4. 今なにか病気で通院や投薬を受けていますか？
ない ・ ある … どの病気ですか？薬もあれば具体的にお書きください

5. 定期接種のワクチンは打っていますか？当てはまるのみに○してください
すべて打っている(はず) ・ 抜けている(かも) ・ 全く接種していない

インフルエンザやロタウィルスなどお金を払って接種したワクチンがあればお書きください

6. アレルギーはありますか？
ない ・ ある … どのアレルギーですか？具体的にお書きください

7. ペットを飼っていますか？
ない ・ ある … 種類をご記入ください

8. 学校や保育園で何か流行している病気があれば書いてください。

どのような？

9. お薬のリクエストはありますか？
ない ・ ある … 具体的にお書きください(例: 粉薬希望、粉薬ダメ、錠剤希望)
