

大人用

# いば小児科 問診票

ふりがな	男・女	生年月日	歳
お名前		S・H 年 月 日生	
〒 ご住所：		当院受診歴のあるお子様	
電話番号：携帯			

- 1) 本日はどのようなことでおいでになりましたか？  
 発熱、喉が痛い、痰が絡む、咳（乾いた咳、痰が絡む咳）、腹痛、下痢、吐き気、嘔吐  
 その他（ ）  
 それはいつ頃からですか？（ ） 前頃から）
- 2) 現在、他の医療機関に受診していますか？  
 いいえ ・ はい（ ）
- 3) 現在、処方されている薬はありますか？  
 いいえ ・ はい（ ）
- 4) 今まで入院するような大きな病気にかかったことがありますか？  
 いいえ ・ はい（病名: ）
- 5) 今までに手術を受けたことがありますか？  
 いいえ ・ はい（手術名: ）
- 6) 今までに輸血をしたことがありますか？  
 いいえ ・ はい
- 7) 今までに生活習慣を指摘されたことがありますか？  
 いいえ ・ はい（○で囲んでください → 糖尿病、 高血圧、 高指血症）
- 8) 生活習慣についておたずねします。  
 a) アルコールは飲みますか？  
 いいえ ・ はい（時々、 2～3日おき、 1～2日おき、 ほぼ毎日 を 年間）  
 b) 煙草を吸いますか？  
 いいえ ・ はい（ 本/日を 年間）
- 9) 今までに薬や食品でアレルギーを起こしたことがありますか？  
 いいえ ・ はい（原因や症状: ）
- 10) 女性の方にうかがいます。  
 妊娠されていますか？  
 いいえ ・ 可能性あり ・ はい（ ヶ月）  
 現在授乳中ですか？  
 いいえ ・ はい
- 11) 当院を何でお知りになりましたか？  
 知人の紹介、 インターネット、 雑誌、 その他（ ）

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。  
 正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

同意する ・ 同意しない