

こどもクリニックきじま 問診票（初診の方用）

記入日：平成 年 月 日

フリガナ		生年月日:	H・S 年 月 日 (歳)
氏名:		性別	男・女
住所:	〒 (-) 区	自宅電話番号:	
	番地 号	携帯番号:	

1. 本日はどのようなご心配で来院されましたか？
 症状： _____ いつ頃から： _____
2. いま、飲んでいるお薬はありますか？ _____ いいえ・はい➡ _____
3. 周囲で流行している病気はありますか？ _____ いいえ・はい➡ _____
4. ご家族構成について教えてください。アレルギー、持病をお持ちの方がいましたら () 内に記入して下さい。
 父 () 母 ()
 第1子 歳 男・女 () 第3子 歳 男・女 ()
 第2子 歳 男・女 () 第4子 歳 男・女 ()
5. ご家族に同じ症状の方はいます(いました)か？ _____ (はい・いいえ)
6. 通っているのは、どちらですか？
 _____ 保育園 ・ _____ 幼稚園 ・ _____ 小学校 ・ _____ 中学校
 _____ 年 _____ 組 _____ 先生
7. お母様の妊娠中に、何か異常がありましたか？
 いいえ・はい➡ _____
8. 新生児期に何か異常がありましたか？(仮死、黄疸など)
 いいえ・はい➡ _____
9. 出生時と発達に関してご記入ください。
 在胎週数： _____ 週 出生体重： _____ g
 首すわり： _____ 週 一人歩き： _____ ヶ月
10. 今までにかかった病気、もしくは現在、通院・治療中の病気について、○で囲んで下さい。
 突発性発疹、風疹、はしか、おたふくかぜ、百日咳、水痘、肺炎、痙攣、喘息、アトピー性皮膚炎、
 その他 ()
 入院したことがあれば、ご記入ください。 ()
11. 食べ物のアレルギーはありますか？ _____ なし・あり➡(対象食物: _____)
12. 薬物アレルギーはありますか？ _____ なし・あり➡(対象薬剤: _____)
13. お薬の希望を教えてください。
粉 錠剤 シロップ (当院では単シロップを採用しています。)
14. クリニックを選ぶときに重視するポイントを教えてください。
 (複数回答可・特に重視するものに◎してください)
 1、待ち時間 2、早く薬をもらえる 3、詳しい説明をしてもらえる 4、スタッフの笑顔
 5、その他 ()
15. 当院を何でご存知になりましたか？
 1、近所だから 2、ビル前看板 3、阪神福島駅電照看板 4、医院広告チラシ 5、ホームページ
 6、お知り合いからの口コミ 7、その他 ()

お医者さんに特に聞いて欲しいこと、聞きたいことを自由にお書き下さい。



ご協力ありがとうございました。
問診票と体温計、母子手帳を受付窓口にお渡しいただき、お待ち下さい。

