

問 診 票 (小児用)

受診日	平成 年 月 日		
ふりがな 氏名	(男・女)		
生年月日	(平成)	年	月 日生 (才)
住所	〒		
電話番号			
現在の体重	kg	体温	度

1. お体の具合の悪い様子を教えてください。
 - ・いつからですか？
 - ・どこがどのように悪いですか？
 - ・この症状で、こちらにこられるまでに他の病院や医院にかかっておられましたか？
 はい いいえ
2. 今までに、かかった病気があれば○で囲み、何歳のときか書いてください。
 - 突発性発疹 (才) はしか (才) 風疹 (才)
 - けいれん・熱性痙攣・てんかん (才) 水痘 (才)
 - おたふくかぜ (才) 自家中毒 (才)
 - 喘息性気管支炎 (才) 喘息 (才)
 - アトピー性皮膚炎 (才) その他アレルギー性疾患 (才)
3. その他、治療中の病気があればご記入ください。

4. 今までに大きな病気、ケガにかかったことはありますか？
 才頃 病名

 才頃 病名

5. 今までに薬や食べ物でアレルギー反応（発疹など）をおこしたことがありますか？
 薬品・食品など

6. 現在、服用されている薬はありますか？
 はい いいえ
 薬品名

7. ご家族に次の病気などありますか？
 - ・タバコを吸う方はおられますか？
 はい いいえ
 - ・アレルギー体質：
 喘息 じんましん アトピー性皮膚炎 アレルギー性鼻炎
 - ・痙攣・腎臓病・腎盂炎・血液疾患・糖尿病・結核・肝炎・遺伝子疾患



石塚ファミリークリニック

〒663-8126 西宮市小松北町1丁目エムプラン小松1F
 TEL 0798-44-3315 FAX 0798-44-3316