一般外来：問診票

当院の受診が初めての方

こばやし小児科

記入日　令和　　年　　月　　日

ふりがな		西暦　　年　　月　　日　生
お子さんの名前		（　　歳）
		性別　　男　・　女
園名・学校名		学年
ご住所	〒（　　－　　）	
お電話番号	ご自宅：	
	携帯電話：	

◎　以下の項目について、お分かりになる範囲でご記入ください。

1）今日はどうされましたか？　あてはまるものに、○をつけてください。
発熱・咳・鼻水・耳痛・腹痛・下痢・嘔吐・便秘・皮膚症状・
その他 →（　　）

2）まわりに同じ症状の方はいますか？
いない□　いる□　→　家族・ご近所・学校・幼稚園（保育園）・その他

3）周囲で流行っている病気はありますか？　なし□　あり□ →（　　）

4）現在、治療中の病気がありますか？　なし□　あり□ →（　　）

5）今までにかかった病気があれば○をつけてください。
突発性発疹・はしか・風疹・水ぼうそう・おたふくかぜ・RS ウイルス感染症・
中耳炎・けいれん・喘息・アトピー性皮膚炎

6）お薬や食べ物にアレルギーはありますか？
なし□　あり□ →（　　）

7）ごきょうだいはいらっしゃいますか？　いない□　いる□　→　兄・姉・弟・妹