# 患者登録票・問診票【小児科・内科】

| | |
|---|---|
| フリガナ | |
| お名前 | （　　）歳 |
| ご住所 | 〒 |
| 電話 | （　　） |
| 15歳以下のお子様 | 体重:　　kg / 出生週数:　　/ 出生体重:　　kg<br>家族構成(年齢も): |

**1、これまでにかかった病気はありますか？**　無 ・ 有　（○をつけてください）

気管支炎　肺炎　喘息　アトピー性皮膚炎　アレルギー疾患（　　）
高血圧症　糖尿病　心臓病　胃潰瘍　脂質代謝異常症
Ｂ型肝炎　Ｃ型肝炎　緑内障　前立腺肥大　その他（　　）
**【お子様】熱性けいれん症（計　　回）　無熱性けいれん（計　　回）　抗けいれん剤の使用（無 ・ 有/薬名：　　）**

**2、入院したことはありますか？**　無 ・ 有　（以下ご記入ください）

（病名：　　いつ頃：　　）
→現在も定期的に通院していますか？　いいえ ・ はい（病院名：　　）

**3、過去に手術を受けたことがありますか？**　無 ・ 有　（以下ご記入ください）

（いつ頃：　　手術名：　　）

**4、食物アレルギーはありますか？**　無 ・ 有　（食品名：　　）

**5、薬で副作用がでたことはありますか？**　無 ・ 有　（以下ご記入ください）

（薬名：　　症状：　　）

**6、たばこは吸いますか？**　いいえ ・ はい（1日　　本 /　　年間）

**7、服用希望の薬の形状はありますか？**　【シロップ・ 粉・ 錠剤】・特になし

**8、本日（診療日）の症状について**

●体温　　℃ ・ 熱なし
●症状はいつからですか？【今日　昨日　2日前　3日前　（　　)以上前】
●症状は何ですか？

[ 発熱　鼻水　鼻づまり　咳　痰　ぜーぜー　くしゃみ　喉の痛み
頭痛　倦怠感　腹痛　嘔吐　下痢　便秘　目やに
肌の症状　発疹（顔　頭　お腹　背中　手　足　その他（　　）
その他（　　） ]

●解熱剤の処方はご希望ですか？　いいえ ・ はい（座薬 ・ 粉 ・ 錠剤）
●現在服用している薬はありますか？　無 ・ 有（以下ご記入ください。お薬手帳があれば省略可。ご提出ください。）
（　　）

**9、【女性の方のみ】妊娠中ですか？**　いいえ ・ はい（　　週目）・可能性あり
**授乳中ですか？**　いいえ ・ はい

**10、その他何かあればご記入ください。**

**11、周囲で流行している病気**（　　）
**通っている園・小学校**（　　）

ご協力ありがとうございました。