

# 漢方小児科問診表①

20 年 月 日

記入後は、受付へお出し下さい。

※お子さんが自分で記入できる場合は、ご本人が記入してください。

医療者記入欄	ID ( )	BT ( °C)
	Ht ( )	BW ( ) BP ( / )

ふりがな

名前 ( ) 男・女) 20 年 月 日生まれ

年齢 ( 歳 ヶ月) 幼稚園名・保育園名 ( ) 年少・年中・年長

学校名 ( 学校) 学年 ( 年生)

本日付き添いの方の続柄 母・父・祖母・祖父・その他 ( )

家族構成

( )

【 記入例： 父(40) 母(39) 兄(中2) 本人(小4) 妹(年長) 】

1. 本日はどのようなことがお困りで来られましたか。  
いつごろから、どのようにありますか。

( )

2. 思いあたる原因はありますか。

( )

3. 現在、薬を服用していますか。

いいえ・はい 薬名 ( )

4. 入院や手術をしたことはありますか。

ない・ある ( ) 歳頃 病名 ( )

5. もともとお持ちの病気はありますか。

(気管支喘息 アレルギー性鼻炎 心疾患 副鼻腔炎 中耳炎 熱性けいれんなど)

( ) 歳頃から 病名 ( )

6. かかりつけの小児科はどちらですか。

( 医院名： )

7. お薬や食べ物でアレルギー (じんましんなど) がでたことはありますか。

いいえ・はい 薬:( ) 食べ物:(小麦・米・豆・牛乳・乳糖)その他( )

8. 予防接種したものを○で囲んでください。

ヒブ 肺炎球菌 BCG 3種混合または4種混合 MR(麻疹・風疹) 水痘

9. 今までに漢方薬を服用したことがありますか。

ない・ある ( )

10. 身近に漢方薬を服用されている方はいらっしゃいますか。

いない・いる ( )

