

おくむらこどもクリニック問診票 (中学生以上用)

令和 年 月 日

ふりがな

お名前 _____ 様 (男・女) 体温 () °C 体重 () kg

① 今日はどうされましたか？

② 現在、治療中の病気はありますか？

なし ・ あり(病院、症状等)

[]

③ 現在、内服中のお薬はありますか？

なし ・ あり：薬の名前が分かりましたら、お書きください。

[]

④ 今までに入院したり、長く治療した病気はありますか？

なし ・ あり

[病名：]
[期間：]

⑤ 薬を飲んで、発疹、その他の副作用が出たことはありますか？

なし ・ あり：薬の名前が分かりましたら、お書きください。

[]

⑥ アレルギー体質と言われたことはありますか？

なし ・ あり：具体的に []

⑦ 女性の患者様にお聞きします。

現在妊娠している可能性はありますか？

なし ・ あり

⑧ 領収書の有無をお答え下さい。

(※お会計がかからない場合、0円の領収書が出ます。

必要な方は有、不要な方は無に○をつけてください。)

有 ・ 無

