

小児問診票

記入日 年 月 日

ふりがな お名前	(男・女)	生年月日	平成 年 月 日生 令和 年 月 日生 (歳 か月)
ご住所	〒	自宅電話	携帯電話(続柄:)
アレルギー: なし・あり ()		薬の副作用: なし・あり ()	

該当する項目に☑をつけてお答えください。

※印に関しては以前記入していただいている場合は省略可ですが、なるべく記載していただくようお願いします。

現在の体温	℃	体重	kg
※ いつからどんな症状がありますか？			
☐ 発熱	月 日から	(最高熱 いつ	℃)
☐ 咳	月 日から	☐ 鼻水	月 日から
☐ ゼーゼー	月 日から	☐ 腹痛	月 日から
☐ 嘔吐	月 日から	回	
☐ 下痢	月 日から	回	
☐ 発疹	月 日から	部位 ()	
☐ 目のかゆみ	月 日から		
☐ その他			
※ 上記の症状で他の医療機関を受診されましたか？		☐ いいえ	☐ はい
※ 現在服薬中の薬はありますか？		☐ いいえ	☐ はい
服薬中の方はお薬手帳を受付にお見せください			
※ 家族や園、学校など周囲に感染症の方はいますか？		☐ いいえ	☐ はい ()

※ これまでにかった病気はありますか？

☐ はしか(麻疹) ☐ 風疹(3日ばしか) ☐ 水ぼうそう ☐ おたふくかぜ ☐ 百日咳

※ これまでに痙攣を起こしたことはありますか？ ☐ いいえ ☐ はい

そのとき、☐ 熱があった ・ ☐ 熱はなかった

※ これまでに長期の治療や入院が必要であった病気はありますか？ ☐ いいえ ☐ はい

※ これまでに発達について問題を指摘されたことがありましたか？ ☐ いいえ ☐ はい

はい、の方は具体的に ()

※ お薬の希望はありますか？ (処方するお薬の内容によっては、ご希望に沿えないことがあります)

粉薬 飲む ・ 飲めない

シロップ 飲む ・ 飲めない

錠剤 飲む ・ 飲めない

※ マイナンバーカードはお持ちですか？ ☐ なし ☐ あり (☐ 持参 ☐ 忘れ)

当院は診療情報・システム基盤整備体制充実加算の算定医療機関です。受診歴、薬剤情報、特定健診情報
その他必要な診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。

(マイナ保険証を利用した場合 初診2点・再診0点 / 使用しない場合 初診6点・再診2点)

関内科医院