小児問診票　　受診日（　　）

ふりがな お名前		性別 年齢	男　・　女 歳　　ヶ月
生年月日	平成・令和　　年　　月　　日		
体温	℃	体重	kg

マイナンバーカード　　有　・　無　　マイナ保険証による診療情報取得に同意する　　□

他の医療機関からの紹介状はお持ちですか？（　はい　・いいえ　）

・本日付き添いの方の電話番号（　　）続柄（　　）

※連絡を差し上げる可能性があるため、必ずご記入ください

・住所（　　）

※初めてクリニックを受診される方、住所変更がある方のみ記入してください

・他の医療機関で処方された薬がある時は、薬の名前が確認できる物を受付にお渡し下さい。

①あてはまる症状を〇印で囲んでください。またそれはいつからですか？

発熱　　月　　日　　：　　から　[最高体温　（　　）℃　（　　）日　（　　）時頃]

咳　　＿＿＿＿＿＿から　　腹痛　　＿＿＿＿＿から

鼻水　　＿＿＿＿＿＿から　　下痢　　＿＿＿＿＿から（　　）回

ゼーゼー　　＿＿＿＿＿＿から　　吐き気　　＿＿＿＿＿から

のどの痛み＿＿＿＿＿＿から　　嘔吐　　＿＿＿＿＿から（　　）回

頭痛　　＿＿＿＿＿＿から　　発疹（ぶつぶつ）＿＿＿＿＿から

その他　　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

②最近、医療機関(病院・クリニックなど)を受診しましたか？（　いいえ・はい　）

はいの方　➡　なんと診断されましたか?（　　）

③現在服用中のお薬はありますか？　（　いいえ・はい　）※お薬手帳を提出してください

はいの方　➡　薬剤名（　　）

④家族や周りに流行っている病気はありますか？（　いいえ・はい　）

はいの方　➡　どなた（　　）

病名（　　）

⑤定期的にどこかに通院していますか？　（　いいえ・はい　）

はいの方　➡　病院の名前（　　）病名（　　）

定期的に飲んでいる薬　➡　薬剤名（　　）

⑥薬や食べ物でアレルギーはありますか？（　いいえ・はい　）

はいの方　➡　薬剤名・食物名（　　）症状（　　）

⑦子供さんは第何子ですか？兄弟児のお名前をご記入ください。

第（　　）子　兄弟児のお名前（　　）（　　）（　　）（　　）

※**問診前の体重は必ずご記入ください。**薬の量は体重によって決まります。

ご不明の場合は測りますのでお声かけ下さい。

※診察の前には飲食及び授乳はお控えください。

（診察では、口の中の様子を見ます。口の中に食べ物が入っていると、診察中にのどにつかえたり、様子が見られなくなったりします。授乳後も吐き易い状況になってしまいます。）

※咳エチケットにご協力をお願いします。

☺ご協力ありがとうございます。今しばらくお待ちくださいませ。

栄光会ファミリークリニック（2024.12.1 改定）