

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 今日どのような内容で受診されましたか？

（いつ頃からどのような症状があるのか具体的に記入してください）

② 今回の症状でほかの医療機関(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 周り（保育園、学校、家族など）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（ ）

※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。