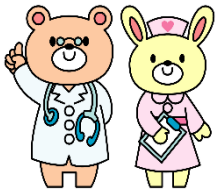
小児問診票　　受診日（　　）

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　　□

・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

①あてはまる症状を〇印で囲んで、いつからか記入してください。

発熱　　月　　日　　：　　から［最高体温（　　）℃（　　）日（　　）時頃］

咳　　月　　日から　　腹痛　　月　　日から　　鼻水　　月　　日から

下痢　　月　　日から（　　）回　　嘔吐　　月　　日から（　　）回

その他

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（　　）

※ご家族で同症状で当院に受診された方がいればお名前をご記入ください（　　）

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　）**※毎回必ずご記入ください**

はいの方　➡　薬剤名・食物名（　　）症状（　　）

⑦今回処方する薬の剤形はなにがいいですか？　（粉・シロップ・錠剤）

※薬剤によっては希望に添えないこともあります

※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。

栄光会ファミリークリニック（2026.4.1 改定）