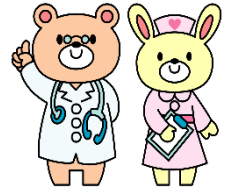


小児問診票

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>半年以内に受診歴がない方はご記入ください。ある方は<2>をご記入ください。

① 今までに入院・手術をしたことがありますか？ (いいえ・はい) はい のかた → (時期 / 病院名 / 病名・術名)
② 今までにかかったことのある病気に○をつけてください 気管支喘息・アレルギー性鼻炎・肺炎・中耳炎・熱性けいれん・その他 ()
③ 身近な血縁関係者(両親・祖父母・きょうだいなど)に次の病気の方はいらっしゃいますか？ アレルギー疾患(喘息・鼻炎・アトピー)・心臓病・腎臓病・その他 ()

<2>全員ご記入ください

①あてはまる症状を○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 鼻水 月 日から のどの痛み 月 日から 嘔吐 月 日から ()回 下痢 月 日から ()回 腹痛 月 日から 食欲低下 なし・あり(普段の 割) [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 定期的は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)

※診察の前には飲食及び授乳はお控えください。