



# 小児科問診票

受診日 年 月 日

ID 氏名 様 男女 歳 ヶ月

当院は診療情報を取得・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  
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いします

マイナ保険証はお持ちですか？ (有・無)

マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか (いいえ・はい)

他の医療機関からの紹介状はお持ちですか (いいえ・はい)

◆ 本日はどのような目的で受診されましたか？

◆ 渡航歴 なし・あり ( )  
◆ インフル予防接種 未・済  
◆ 異常行動 なし・あり ( )

◆ 症状のあるものには○と、いつからかを白にご記入ください

◇ 風邪症状 : 熱 (最高体温 °C) 頭痛 首・耳下の痛み 関節痛

◇ 鼻・のど : 鼻水 鼻詰まり くしゃみ むずがゆい のどの痛み・不快感

◇ 胸・呼吸 : 咳 (朝 昼 夜 一日中) 咳あげ 痰 喘鳴 息苦しい

◇ 胃腸症状 : 腹痛 嘔気 嘔吐 (回数 /日) 下痢 (回数 /日) 便秘

◇ 食欲低下 : とれる とれない 少ない (程度 /10)

◇ 水分摂取 : とれる とれない 少ない (程度 ml)

◇ その他 : 睡眠不足 元気がない 機嫌が悪い 発疹 かゆみ 目やに

◆ 家族や身近に同じ症状の方がいましたか？ (いない いる: 家族 学校 園 )

◆ 上記のことで他の病院に行かれましたか？ (行かない 行った: )

◆ 今飲んでいる薬がありますか？ ( ない ある: )  
※薬の説明書があれば見せてください

◆ サプリメントなどの健康食品をのんでいますか ( ない ある )

◆ 今までに大きな病気をしたことがありますか？ ( ない ある )

◆ アレルギーの病気がありますか？  
( ない ある : 鼻炎 喘息 アトピー 蕁麻疹 )

◆ 薬や食べ物のアレルギーがありますか？  
( ない ある : 牛乳 卵白 卵黄 小麦 そば )

◆ 薬のご希望は？ (形状: シロップ 粉 錠剤 カプセル )  
(方法: 院内処方 院外処方 ) ※院外処方の場合、他科の処方も院外処方です

※この先は、スタッフが記載します

体温	体重	身長	SPO2	血圧	脈拍
				/	