



小児科問診票

受診日 年 月 日

I D 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、いつからかを下の空白にご記入ください

◇ 風邪症状 : 熱（最高体温 ℃） 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ありましたか？（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？ シロップ 粉 錠剤 カプセル

※当院では原則院外処方です

※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
				/	