



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。正確な診療取得・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

体温	体重	身長	SPO2	血圧	脈拍
				/	