

# 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？

- 予約
- 前回の続き
- それ以外 ※以下にご記入ください

◆ 発熱 あり なし

月 日 時 °C  
 月 日 時 °C

◆ 食欲

食事：とれる とれない  
 ( 割程度)  
 水分：とれる とれない  
 ( 割程度)

◆ その他の症状 該当する症状に○をつけて下さい

頭痛 耳・耳下の痛み 関節痛  
 喉の痛み・不快感 鼻水 痰 息苦しさ  
 咳(朝 昼 夜 一日中) 咳あげ ゼーゼー・ヒューヒュー  
 腰痛 吐き気 嘔吐(回数 /日)  
 下痢(回数 /日) 便秘  
 その他気になる症状  
 ( )

- ◆ 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いきましたか？ (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： )
- ◆ 薬のご希望は？ (形状： 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
				/	