

小児科・小児外科初診問診票

ご記入日 年 月 日

フリガナ お名前 (男・女)	生年月日	平成・令和	体重	体温
		年 月 日 (歳 カ月)	kg	°C
(クリニック記入欄)				
ご住所	〒	自宅電話		
		携帯電話(父・母)		

◎当院をどこでお知りになりましたか？

インターネット・電柱広告・駅看板・ご家族・お知り合い・その他()

◎本日はどうされましたか

 熱がある 月 日 午前・午後 時頃から(解熱剤を最後に使用したのは 午前・午後 時頃)

 咳が出る 月 日から(かわいた咳・痰がからむ・ゼーゼー)

 鼻水が出る 月 日から(サラサラ・ネバネバ) のどが痛い 月 日から

 お腹が痛い 月 日から 便秘 月 日から

 吐き気・嘔吐 月 日から 下痢 月 日から

 頭痛 月 日から

 けがをした 月 日(部位)

 皮膚の 湿疹・かゆみ・痛み 月 日から

ほかに症状のある方・相談のある方はこちらにご記入ください。()

 ◎水分摂取は？ いつもどおり やや少ない 少ない

 ◎食事摂取は？ いつもどおり やや少ない 少ない

 ◎機嫌は？ いつもどおり やや悪い 悪い

◎ご家族や周り(学校など)で体調を崩されている方はおられますか？

 なし あり →病名()

◎飲んでいるお薬はありますか？

 なし あり →薬名() お薬手帳をご提示いただくか、薬の名前をご記入ください。

◎アレルギーはありますか？

 なし あり →薬名・食品名 ()

 ◎飲みやすいお薬の形は シロップ 粉薬 シロップ・粉薬どちらでもよい 錠剤またはカプセル

 ◎マイナ保険証による診療情報取得について 同意する