

小児科初診問診票

記入日 年 月 日

カルテ No.

(フリガナ)	性別	生年月日
氏名:	男・女	年 月 日 才
住所:〒	携帯番号: ()	電話番号: ()

体温 _____ °C 体重 _____ Kg

保育園・幼稚園・学校名 _____

1. 今日はどうのようなことで来院されましたか？

月 日 頃より

発熱・頭痛・腹痛・鼻水・鼻づまり・咽頭痛・咳・嘔吐・下痢

2. 今までにかかったことがある病気・通院中の病気はありますか？

突発性発疹・麻疹・風疹・水ぼうそう・おたふくかぜ・喘息・気管支炎・じんましん・肺炎・中耳炎

その他 _____

3. 現在飲んでいる薬はありますか？

(いいえ・はい _____)

4. 今までに体に合わない薬はありましたか？ (はい / いいえ)

【はいの方】薬名: _____

どのような症状が出ましたか？(_____)

5. 飲む薬の種類に○をつけて下さい。

粉・シロップ・錠剤・その他 _____

6. 何を見て当院を知りましたか？

ご家族からの紹介・友人、知人からの紹介・看板を見て・インターネットで調べて・
当院のホームページを見て