

# 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 \_\_\_\_\_

※マイナ保険証による診療情報の取得に同意しますか？ ( はい / いいえ )

※他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？ ( はい / いいえ )

1. 今日ど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、処方されているお薬はありますか？

( 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 \_\_\_\_\_