

# 問診票（小児科）

記入年月日 年 月 日

フリガナ お名前   男 ・ 女	生年月日
	平成 ・ 令和 年 月 日
	( 歳 カ月)
住所 〒	電話番号①：( ) - 続柄： 電話番号②：( ) - 続柄：
身長                  c m    体重                  k g	

◆今日はどうされましたか？あてはまる症状に○又は記入してください。

- |                         |                         |
|-------------------------|-------------------------|
| ・ 熱 (          ) °C     | ・ 食欲    あり    ・    なし   |
| ・ 鼻汁                    | ・ 水分摂取    良好    ・    不良 |
| ・ 咳    ・ ゼーゼー           | ・ 睡眠    良好    ・    不良   |
| ・ 嘔吐                  回 | ・ 発疹                    |
| ・ 下痢                  回 | ・ 湿疹・皮膚のかゆみ             |
| ・ 腹痛                    |                         |
| ・ その他の記入事項              |                         |

◆今回の症状はいつからですか？

◆現在、他の医療機関に通院していますか？    ☐ はい    ☐ いいえ

→ 時期、医療機関名、治療内容等

◆現在服用しているお薬はありますか？    ☐ はい    ☐ いいえ

◆お薬手帳はありますか？    ☐ はい    ☐ いいえ

(※マイナ保険証による情報取得に同意した患者様については、直近 1 カ月以内の処方薬を除き、記載を省略可能)

→ 薬品名：

◆出生時の体重 (                  g )    在胎週数                  週

◆出生時の異常 (    なし    ・ あり    →    )

◆乳児期の栄養 (    母乳    ・    混合    ・    人工乳 )

◆薬のアレルギー (    なし    ・    あり    → 薬品名：    )

◆食物アレルギー (    なし    ・    あり    → 卵・牛乳・小麦・その他    )

※裏面にもご記入ください。

◆今までに受けた予防接種に○をつけてください

ヒブ 肺炎球菌 B型肝炎 ロタウイルス 四種混合 五種混合 BCG  
MR 水痘 おたふく 日本脳炎 DT(二種混合)

◆今までにかかった病気に○をつけてください

熱性けいれん ひきつけ 喘息 アトピー性皮膚炎 アレルギー性鼻炎  
麻疹 風疹 水痘 おたふく 百日咳 その他( )

◆今までに大きな病気や手術を受けられたことがありますか？

なし ・ あり → 歳( )

◆兄弟について

いない ・ いる → 兄( 歳)、姉( 歳)、弟( 歳)、妹( 歳)

◆家族(両親、兄弟)に以下の病気の方がいらっしゃるようでしたら、○をつけてどなたかを書いてください。

生まれつきの異常( ) けいれん( ) 喘息( )  
アトピー性皮膚炎( ) 食物アレルギー( ) 鼻炎( )

◆マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか？

☐ はい ☐ いいえ

ご協力ありがとうございました。

これからの診察・治療について ご希望がありましたらお書きください。

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いたします。



小児科・内科・アレルギー科

きたまちクリニック