

問診票（小児科）

記入年月日 年 月 日

フリガナ お名前	生年月日		
	平成	・ 令和	年 月 日
男 ・ 女	(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