|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | 　 | 男・女 | 生年月日 | 西暦　　　年　　　月　　　日　　（　　　　　歳　　　　ヵ月） |
| お名前 | 　 |
| ご住所 | 〒 | 身長 | 　　　　　　　　　　　　cm |
| 体重 | 　　　　　　　　　　　　kg |
| 体温 | 　　　　　　　　　　　　℃ |
| 携帯電話番号 | 　 | 記入者 | 母親・父親・祖父母・その他（　　　 　　　 ） |
| メールアドレス | 　　　　　＠ | ＊身長計、体重計は待合室にありますのでご自由にお使いください。 |
| 通園・通学先 |  |

問　診　票　　小児科　(初診用)

ご記入日　　　　　年　　月　　日

●今日はどのようなことで来院されましたか？（複数回答可）

　□発熱（最高　　　℃）□咳　　　□ぜーぜー　□鼻づまり　　□鼻水（水っぱな・青っぱな）

　□発疹　　　　　□のどの痛み　　□耳の痛み　□頭痛　　　　□腹痛

□吐き気　　　　□下痢　　　　　□便秘　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　）

●上記の症状はそれぞれいつ頃からありますか？

　□今日から　　　　□　　　　日前から　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　）

●現在、周囲に流行している病気はありますか？

　　□あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　）　□なし

●おこさんがかかったことのある病気や入院した病気、通院中の病気はありますか？（複数回答可）

　□熱性けいれん（　　　回）　□てんかん　　　　□突発性発疹　　□中耳炎

　□肺炎　　　　　　　　　　　□ぜんそく　　　　□食物アレルギー□アトピー性皮膚炎

　□アレルギー性結膜炎　　　　□アレルギー性鼻炎　　　　　　　　□発達障害

　□みずぼうそう　　　　　　　□おたふくかぜ　　□心臓病　　　　□川崎病

　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

●現在、当クリニック以外から処方されている薬があれば、ご記入ください。もしくはお薬手帳がある方は、受付へ提出して下さい。

　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

●これまでに食物やお薬でアレルギーをおこしたことがありますか？

　　□あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　□なし

●希望する薬の剤形はございますか？

　　□シロップ　　　□粉薬　　　　□錠剤　　　　□座薬　　　　□どれでも良い

●新型コロナウイルスに関して

　　周囲に感染、もしくは疑いのある人はいますか？　□はい（続柄　　　　　　　）□いいえ

　　過去14日以内にお住いの地域以外にいきましたか？□はい(市町村名　　　　　　)□いいえ

　　同居する親や祖父母に発熱もしくは咳嗽はありますか？

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□はい（　　　　　　　　　　　　　）□いいえ

●ほかにご心配なこと、お伝えしたいことがありましたら、ご記入ください。

□

明細書不要の方は✔をご記入ください→