

問 診 票 小児科 (初診用)

ご記入日 年 月 日

フリガナ		男 ・ 女	生年月日	西暦	年 月 日
お名前				(歳 カ月)	
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					

- 今日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→