

小児用問診票

ふりがな		生年月日	年齢
お名前		平成 令和	年 月 日 歳
ご住所	〒	性別	
		男 ・ 女	
連絡先	父：	(お名前：)	
(携帯電話)	母：	(お名前：)	
集団生活	なし・あり () 保育園・幼稚園・小学校・中学校		
ごきょうだい	いない・いる ()		
自宅での抗原検査	実施していない・実施した⇒検査の結果は 陽性(+)・陰性(-)		
新型コロナワクチン	接種していない・接種済み (回目： 年 月 日)		

症状に○をつけてください。

症状	発熱	頭痛	せき	鼻水	のどの痛み	腹痛	嘔吐	下痢	湿疹 発疹
その他の症状									
症状がいつから、どのように経過したか、具体的に教えてください。									
									来院時の体温
									°C

体重	kg	薬の希望	剤型	シロップ・粉・錠剤・坐薬	とくに希望なし (先生におまかせ)
			回数	1日2回 ・ 1日3回	

↑薬の処方に必要です。

↑薬の剤型や回数は必ずしもご希望どおりとなるとは限りません。

- *いま飲んでいるお薬はありますか。 あり・なし
お薬の名前：
- *出生時や健診時に異常が指摘されたことはありますか。 あり・なし
内容：
- *いままでにかかった病気はありますか。 喘息・けいれん・その他・なし
その他の場合の病名：
- *お子さまにアレルギーはありますか。 あり・なし
ある場合は何のアレルギーですか。
- *ご両親にアレルギーはありますか。 あり・なし
ある場合は何のアレルギーですか。
- *ご家族で2週間以内に何か症状（風邪など）のある方はいますか。 いる・いない
「いる」場合、それはどなたですか。
- *最近、他院で診察や検査を受けましたか。（ご家族を含めて） 受けた・受けていない
「受けた」場合、それはどなたですか。 本人・家族 ()

ご記入いただいた情報は、診療目的以外に使用することはありません。