

小児科問診票

令和 年 月 日

2枚目(感染症に関する問診票)も記入して下さい

フリガナ		性別	
患者氏名		男・女	
生年月日(年齢)	H・R 年 月 日(歳 ヶ月)	保護者氏名	
住所	〒 -		来院時の車をご記入下さい。 車種 色 ナンバー
電話番号		携帯番号	
体重	kg	体温	℃
		出生時の体重	g

※来院直前の体温をご記入下さい。測定されていない場合は受付時に測定します。

※一ヶ月以内にこの休日急病診療所を受診されたことはありますか。 ない・ある(月 日 時頃)

1.いつからどのような症状ですか。 発熱(37.5℃以上): 月 日~(最高 ℃)
咳: 月 日~ 鼻水: 月 日~ のどの痛み: 月 日~ はきけ: 月 日~
下痢: 月 日~ たん: 月 日~ くしゃみ: 月 日~ おう吐: 月 日~
腹痛: 月 日~ 頭痛: 月 日~ 発疹: 月 日~ 便秘: 月 日~
その他()

2.今までにかかったことのある病気や現在通院中の病気がありますか。
けいれん(ひきつけ): なし・あり(熱があるとき 回、熱がないとき 回)
突発性発疹 みずぼうそう おたふくかぜ 溶連菌感染症 百日咳
はしか 風疹 中耳炎 発達障害 心臓病または川崎病
気管支喘息 尿路感染症または腎臓病 アトピー性皮膚炎
その他()

3.薬についてアレルギーがありますか。 ない ある(薬品名)

4.食べ物アレルギーはありますか。 ない ある:牛乳・卵・その他()

5.かかりつけの医療機関はありますか。 ない ある()

6.現在、医療機関に通院していますか。 いいえ はい

7.現在、飲んでいる薬はありますか。 ない ある()

8.希望の薬の剤形がありますか。 ない こなぐすり シロップ 錠剤

9.本日はお薬手帳をお持ちですか。 持っている 持っていない

10.マイナ保険証がある場合、診療情報取得に同意しますか。 はい いいえ

11.未就学児の方のみご記入ください。 保育園や幼稚園に通園している 保育園や幼稚園に通園していない

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。

保険証受け取りました

サイン

※当診療所で定めた利用目的の範囲内で利用いたします。

瀬戸旭休日急病診療所

