

診察券番号(わかる方はご記入ください)



## 問診票 (小児)

ふりがな	男 女	生年月日
御名前(本人)		年 月 日
付き添いの方の続柄：母 父 祖父母 その他		才
御住所 〒		
TEL (日中に連絡のつきやすい電話番号)	-	-

体重 \_\_\_\_\_ kg 体温 \_\_\_\_\_ °C

◆お困りのことを教えてください。

- 発熱      鼻汁      咳      痰      くしゃみ      のど痛  
便秘      下痢      吐き気      腹痛      頭痛      発疹  
その他： \_\_\_\_\_

◆いつからですか？

- 本日から      昨日から       \_\_\_\_\_ 日前から       \_\_\_\_\_ 週前から  
その他： \_\_\_\_\_

◆集団生活の有無を教えてください。

- なし      あり ( 託児所 保育園 幼稚園 小学校 中学校 )  
はやっている病気がある： \_\_\_\_\_

◆兄弟姉妹について教えてください。

- 一人っ子      あり ( \_\_\_\_\_ )      同様の症状がある・あった

◆今までにかかった、あるいは現在かかっている病気を教えてください。

- けいれん (ひきつけ) : 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      百日咳      中耳炎  
はしか      風しん      RS ウイルス感染      マイコプラズマ感染      とびひ  
気管支喘息      心臓病      川崎病      発達障害      アトピー性皮膚炎  
その他： \_\_\_\_\_

◆いま服用しているお薬はありますか？ 無 有 (お薬手帳をご準備ください)

◆薬の形状について、希望しないものに × をつけてください。

こなぐすり ( )      シロップ ( )      錠剤 ( )      カプセル ( )      坐薬 ( )

◆薬の処方について、希望があれば教えてください。

- 1日2回 (朝・夕)      1日3回 (朝・昼・夕)

◆アレルギーはありますか？ 無 有

- 花粉症      薬： \_\_\_\_\_  
食物 \_\_\_\_\_      その他： \_\_\_\_\_

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お願い致します。

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算 (初診時) 加算① 4点 加算② 2点 (マイナ保険証を利用した場合)

この問診票は診察目的に使用します。また、本人の同意なく第三者には開示いたしません。 院長 220928 作成