

※こちらは職員が記入いたします。

ID:

受診  
年月日:

# 小児科 問診票

## (中学生まで)

HP(小)

ふりがな: .....

【生年月日】

平成・令和・西暦

名前: (男・女) 歳 か月 年 月 日

※ 集合住宅の場合は、部屋番号までご記入ください。

※ 連絡がつきやすい番号をご記入ください。

〒

電話番号:

患者さんとの続柄

住所: 携帯: ( )

※ 必ず本日の体重をご記入ください。体重によってお薬の投与量が変わります。

身長 cm 体重 kg

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・活用するために、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします

- マイナ保険証による診療情報取得に同意されましたか 1. いいえ 2. はい
- 他の医療機関からの紹介状はお持ちですか 1. いいえ 2. はい
- 今回のような症状で受診されましたか。当てはまるものに○をしてください。

発熱 頭痛 咳 鼻水 喘鳴(ゼロゼロ) 呼吸困難 のどの痛み 発疹 腹痛 血便  
便秘 嘔吐( 回) 下痢( 回) けいれん( 午前・午後 時 分 ~ 分間続いた)  
その他( )

最終の排便( 月 日) 最終の排尿またはおむつ交換時間( 月 日 時

- 上記症状はいつからですか。( 月 日 午前・午後 時 分 ~ )

- 今回の病気で、どこかで診察を受け、治療していますか。

- 治療していない
- 治療している(病院名: )処方されているお薬がありますか( ない・ある )

- お食事をとることができますか。

- いつも通り
- いつもの半分くらい
- いつもの 1/3 くらい
- 水分ならとれる
- 水分もとれない

- ご家族やクラスの友人など、お子様のまわりで発熱など体調不良の方はおられますか。

- ない
- ある( )

- 集団生活をしていますか。 1. いいえ 2. はい( 保育園・幼稚園・小学校・中学校 )

- あなたは、お子様の状態を緊急と思われますか。 1. 緊急と思う 2. 緊急と思わない 3. わからない

- 今までにかかった病気やアレルギー等についてお答えください。

かかりつけの病院	ない・ある...病院名( ) 継続して処方されているお薬: ない・ある
今までけいれんをおこしたこと	ない・ある...熱性( 回)・無熱性( 回)
薬や食物などのアレルギー	ない・ある...内服薬・注射・造影剤など( ) 食物( ) その他( )
今までに大きな病気にかかったこと	ない・ある...喘息・心臓病・腎臓病・てんかん・川崎病 その他( )