

※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)

H P (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
- 今回ど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。

1. 治療していない

2. 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。

1. いつも通り 2. いつもの半分くらい 3. いつもの1/3くらい 4. 水分ならとれる 5. 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。

1. ない 2. 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( )