

小児問診票

受診日 ()



ふりがな お名前		性別 年齢	男 ・ 女		
			歳	ヶ月	
生年月日	平成・令和	年	月	日	
体温		℃	体重		kg



- ・本日付き添いの方の電話番号 () 続柄 ()
- ※発熱外来受診の場合、会計から電話をします (一般外来受診の際も必ずご記入ください)
- ・住所 ()
- ※初めてクリニックを受診される方、住所変更がある方のみ記入してください
- ・他の医療機関で処方された薬がある時は、薬の名前が確認できる物を受付にお渡し下さい。

①あてはまる症状を○印で囲んでください。またそれはいつからですか？

発熱 _____ 月 _____ 日 : _____ から [最高体温 ()℃ ()日 ()時頃]

咳 _____ から 腹痛 _____ から

鼻水 _____ から 下痢 _____ から () 回

ゼーゼー _____ から 吐き気 _____ から

のどの痛み _____ から 嘔吐 _____ から () 回

頭痛 _____ から 発疹 (ぶつぶつ) _____ から

その他 _____

②最近、医療機関(病院・クリニックなど)を受診しましたか？ (いいえ・はい)

はいの方 → なんと診断されましたか？ ()

③現在服用中のお薬はありますか？ (いいえ・はい) ※お薬手帳を提出してください

はいの方 → 薬剤名 ()

④家族や周りに流行っている病気はありますか？ (いいえ・はい)

はいの方 → どなた ()

病名 ()

⑤定期的はどこかに通院していますか？ (いいえ・はい)

はいの方 → 病院の名前 () 病名 ()

定期的に飲んでいる薬 → 薬剤名 ()

⑥薬や食べ物でアレルギーはありますか？ (いいえ・はい)

はいの方 → 薬剤名・食物名 () 症状 ()

⑦子供さんは第何子ですか？兄弟児のお名前をご記入ください。

第 () 子 兄弟児のお名前 () () () ()

※問診前の体重は必ずご記入ください。薬の量は体重によって決まります。

ご不明の場合は測りますのでお声かけ下さい。

※診察の前には飲食及び授乳はお控えください。

(診察では、口の中の様子を見ます。口の中に食べ物が入っていると、診察中にのどにつかえたり、様子が見られなくなったりします。授乳後も吐き易い状況になってしまいます。)

※咳エチケットにご協力をお願いします。

◎ご協力ありがとうございます。今しばらくお待ちくださいませ。

栄光会ファミリークリニック (R2.5.6 改定)