小 児 科 問 診 票（再 来 用）

名　前		
※変更ある場合記入 住　所	〒　　－	
※変更ある場合記入 電話番号	自宅 ：　　（　　）	携帯 ：　　（　　）

① どのような症状ですか？

発熱（　　℃）　せき　のどの痛み　鼻水　腹痛　嘔吐　下痢　元気がない

その他　※皮膚科の場合は大きさ、左右、部位など詳しくご記入下さい。

（　　）

② その症状はいつからですか？

③ 現在、服用中のお薬はありますか？　※お薬手帳をお持ちの方は薬剤名の記入は不要です。

いいえ　はい（ 薬剤名　　症状　　）

④ 薬や注射でアレルギー反応が出たことはありますか？

いいえ　はい（ 薬剤名　　症状　　）

⑤ 今までに大きな病気、手術をうけられたことはありますか？

いいえ　はい（ 病名　　いつごろ　　）

⑥ ご希望の薬はありますか？　粉 ・ シロップ ・ 錠剤 ・ カプセル

現在の体重を教えてください。　＿＿＿＿＿＿＿Kg

当院は診療情情報を取得・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、マイナンバー保険証の利用にご協力お願いいたします。
◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算（初診時）　マイナ保険証利用の場合：２点　利用しない場合：６点
◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算（再診時）　マイナ保険証利用の場合：０点　利用しない場合：２点

医療法人社団斗花会
ベニバナファミリークリニック