

# 小児科問診票

ふりがな		性別	生年月日			
名前		男・女	平成 令和	年	月	日 ( 歳 ヶ月)
住所	〒 -					
電話番号	自宅 : ( )		携帯 : ( )			

① どのような症状ですか？

発熱( °C) 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 次のアレルギー疾患のうち、今までに指摘されたものがあれば○をつけてください。

気管支喘息 ・ アトピー性皮膚炎 ・ 食物アレルギー ・ 花粉症

⑦ 今までにかかった病気はありますか？ あるものに○をつけてください。

突発性発疹 ・ はしか ・ 水疱瘡 ・ おたふく ・ 百日咳 ・ ひきつけ  
 その他 ( )

⑧ 妊娠中、出産時に何か異常はありましたか？

いいえ はい ( )

⑨ 乳幼児健診で何か異常を指摘されたことはありますか？

いいえ はい ( )

⑩ 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