

小児科問診票

フリガナ		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 他の病院にかかられていますか？

いいえ はい (病院名 病名)

④ 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)

⑤ 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)

⑥ 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)

⑦ 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

⑧ 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 ()

⑨ 妊娠中、出産時に何か異常はありましたか？

いいえ はい ()

⑩ 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 ()

⑪ 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。



医療法人社団斗花会
 ベニバナファミリークリニック