小児科問診票（新患・初・再）

記入日：　　年　　月　　日

診察券番号・ID			
ふりがな			
お名前	年齢　　才		
体重	kg	現在の体温	℃

◎ 同伴者　□ 母　□ 父　□ 祖父母　□ その他（　　）

☆ 本日の症状は？　いつからですか？

- 発熱　有・無
  - ・発熱はいつから　（日時　　/　　時頃から　　℃）
  - ・一番高かった発熱は（日時　　/　　時頃　　℃）
  - ・解熱剤・薬の服用　有・無　くすりの名前：
  - 最後に服用した日時　　/　　時頃
- のどの痛み　有・無　（いつから　　～）
- 咳　有・無　（いつから　　～）
- 鼻水　有・無　（いつから　　～）
- 嘔吐　有・無　（いつから　　～）
- 腹痛　有・無　（いつから　　～）
- 下痢　有・無　（いつから　　～）
- 便秘　有・無　（いつから　　～）
- 皮膚症状　有・無　（いつから　　～）
- 発疹　有・無　（いつから　　～）
- その他症状　有・無　（いつから　　～　具体的な症状：　　）
- 検査の希望　有・無　（希望の検査：　　）
- 風邪・発熱の家族　有・無　（父母兄弟等：　　症状・病名：　　）
- 有・無　コロナ・インフルエンザ陽性者との接触（いつから　　～　、だれと？　　）
- 登園・通学の状況 等（保育園・幼稚園・小学校・中学校・その他　　）
  - 有・無　保育園・幼稚園・学校など周りで流行っている風邪や感染症（　　）
  - 有・無　現在通院中の病気や入院歴（　　）
  - 有・無　お薬や食べ物などアレルギー（　　）
- マイナ保険証の診療情報取得の同意　（同意した・同意していない）
  ※情報取得に同意した方の処方情報を取得・活用する場合があります
- その他、ご相談 等あれば ご記入ください ※ 処方の希望 など

職員記入　□ 風邪症状　・　□ その他

- □ コロナ検査　結果：（＋）・（－）・臨床診断（＋）
- □ インフル検査　結果：（＋）・（－）・臨床診断（＋）
- □ 他検査1（　　）　結果：（＋）・（－）・臨床診断（＋）
- □ 他検査2（　　）　結果：（＋）・（－）・臨床診断（＋）