

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	k g	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（ ）

● 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、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします

● その他、ご相談等あればご記入ください ※ 処方希望 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（+） |