

【小児用】 問 診 票

ふりがな		男・女
御名前		
御住所 〒		
TEL	- - / 携帯番号	- -
生年月日	平成・令和 年 月 日生 / 年齢	歳 か月

◆ 身長 _____ cm 体重 _____ kg 体温 _____ °C

◆ どのような症状で来院されましたか？

発熱（自宅最高 _____ °C） 咳 ぜいぜい 鼻水 鼻づまり
のどの痛み 下痢 嘔吐 腹痛 発疹 その他（ _____ ）

◆ いつからですか？

本日から 昨日から ____日前から ____週間前から その他（ _____ ）

◆ 他の病院にかかっていますか？

いいえ はい（病院名： _____ ）

◆ 他に服用しているお薬がありますか？

いいえ はい（薬品名： _____ ）

※お薬手帳をお持ちの方は提出してください

◆ 今までにかかった病気はありますか？

特になし はしか 風疹 おたふくかぜ 水ぼうそう 突発性発疹
百日咳 けいれん 喘息 アトピー 中耳炎 その他（ _____ ）

◆ アレルギーがありますか？

特になし 薬物（ _____ ） 花粉（ _____ ）
食物（ _____ ） その他（ _____ ）

◆ 受けたことのある予防接種

Hib（ _____ 回） 肺炎球菌（ _____ 回） B型肝炎（ _____ 回） 4種混合（ _____ 回）
BCG 麻しん・風しん混合（ _____ 回） 水ぼうそう（ _____ 回） おたふくかぜ
日本脳炎（ _____ 回） 2種混合 3種混合（ _____ 回） ポリオ（ _____ 回）
麻しん 風しん インフルエンザ その他（ _____ ）

◆ どんな薬が飲めますか？

水薬 粉薬 錠剤 カプセル

◆ 当クリニックを何でお知りになりましたか？

知人の紹介（紹介者： _____ ） 近所 ホームページ 看板
その他（ _____ ）

◆ 医療費明細書は必要ですか？

必要 不必要

◆ その他何かあればご記入ください

[_____]

※この問診票は診療目的にのみ使用します。また、本人の同意なく第三者には開示いたしません。