

問診票

受診日 _____

問診票 2

ふりがな
お名前 _____

住所 _____

自宅電話 _____

学校(幼稚園・保育園) _____

携帯電話 _____

☆出生歴

出生体重 _____ g

在胎週数 _____ 週

★出生時に何か問題はありましたか?

いいえ はい _____

☆既往歴

★今まで病気で入院されたことはありますか?

いいえ はい _____ 頃 で

★喘息、アトピー性皮膚炎、中耳炎、心臓病などの既往はありますか?

いいえ はい _____

★食べ物、花粉等のアレルギーはありますか?

いいえ はい _____

★痙攣をおこしたことはあります?

いいえ はい _____ 歳頃 回

使用している薬 _____

☆アルコール綿で皮膚が赤くなったりかぶれたことがありますか?

いいえ はい _____

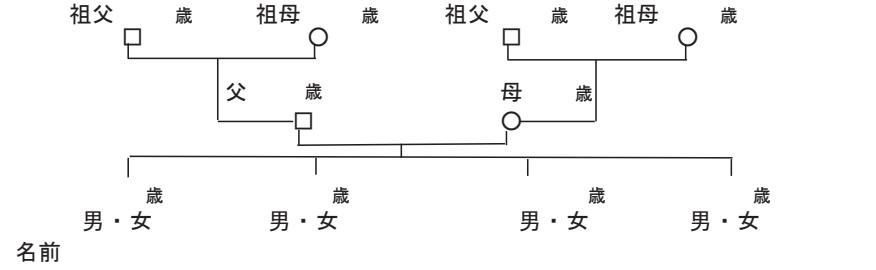
☆お薬で発疹や蕁麻疹がでたり、体の具合が悪くなったりしたことがありますか?

いいえ はい _____

☆家族歴

一緒に暮らしている家族のみ年齢を記入してください。

大きな病気をされたことがある方は病名を記入してください。



※受診するお子さま本人もご記入ください。

お名前 _____

体重 kg 最近測っていない場合は計測をお願いします。

生年月日 平成・令和 年 月 日 歳 ケ月 性別 男・女

1.本日はどのような症状で受診されましたか? あてはまる項目にチェックをつけてください。

発熱 月 日 午前 午後 時から 最高 °C 現在の熱 °C

発熱でぐったりしていますか? はい いいえ

咳 月 日から コンコン ホホホ ゼゼゼ ケケケ

咳が多くなる時間は? 明け方 日中 夕方 寝る前 夜中 1日中

夜は寝られましたか? はい いいえ

鼻水 月 日から 口水鼻 青鼻 鼻づまり

痛み 月 日から

頭 のど おなか (最後に排便があった日は 月 日)

耳の中 耳の下 その他()

吐き気 月 日から

吐く 月 日 時頃から 回 最後に吐いたのは? 月 時頃

吐いた物は? 食べたもの 飲んだもの 黄色い水のようなもの

水分はとれますか? はい(少量でも可) いいえ

下痢 月 日から

泥状 水様 すっぽいにおいがある 腐ったようなにおい 白色 血液が混じっている

発疹 月 日から

頭・顔 首 胸・おなか 手 背中 おしり 足

水っぽうそうにかかった事はありますか? はい 歳頃 いいえ

その他の症状 _____

★★★ ここから下の質問は全員お答えください ★★★

・37.5度以上の熱が2日以上続いていますか? いいえ はい 月 日から

・ご家族や周囲で流行っている病気はありますか? なし あり _____

2.現在、他の医療機関に通院していますか? いいえ はい 医療機関名: _____

治療内容: _____

3.他の医療機関からの紹介状を持っていますか? いいえ はい

4.今までに、大きな病気や手術をした事がありますか? いいえ はい _____

5.現在、薬を飲んでいますか? いいえ はい

「はい」とお答えの方は、診察室で医師にお薬手帳をみてください。

6.食べ物や薬のアレルギーはありますか? いいえ はい _____

7.お薬について希望はありますか?

シロップ 粉 錠剤 1日2回 1日3回

8.マイナ保険証(マイナンバーカード)の健康保険証利用による情報取得に同意しますか? はい いいえ

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。

※ご記入後は受付までお持ちください。

南大沢メディカルプラザ2 小児科