年　　月　　日　**○小児科　問診票○**　No.　　□

◎この問診票は診察の際必要となりますので、分かる範囲でご記入ください。

◎紹介状をご持参の方は、受付にお出しください。

◎現在、水ぼうそう・おたふく・麻疹（はしか）・風疹にかかっている可能性のある方は申し出て下さい。

フリガナ

氏　　名：　　男　・　女　　体　重：　　g／ｋｇ

生年月日：　平成　・　令和　　年　　月　　日　　歳　　か月

住　　所：　　TEL：

（ 緊急連絡 TEL：　　）

（　　）保育所・保育園・こども園・幼稚園・小学校・中学校　（　　）年（　　）組

兄弟や姉妹はいますか？　　いる（兄　　才・弟　　才・姉　　才・妹　　才）・ いない

1．今日はどんな症状で来院されましたか？　症状に○をつけて下さい。

発熱・鼻水・咳・ぜーぜー・嘔吐・下痢・腹痛・頭痛・のどの痛み・発疹・蕁麻疹

その他（　　）

2．その症状はいつからありますか？

（　　）

ⅰ：身近な方で同じ症状の人はいますか？　（ はい　・　いいえ ）

ⅱ：食事・水分は摂れていますか？　（ はい　・　まあまあ　・　いいえ ）

ⅲ：夜間はぐっすり眠れていますか？　（ はい　・　まあまあ　・　いいえ ）

3．いつも通院している医療機関がある方は、記入してください。　（　　）

4．薬や食品で発疹が出たり、具合が悪くなった事がありますか？　（ はい　・　いいえ ）

はいの方は、記入してください⇨いつ（　　）なにで（　　）どうなった（　　）

5．今まで、下記の病気にかかった事がありますか？　（ はい　・　いいえ ）

麻疹・水痘・おたふく・喘息・アトピー性皮膚炎・肺炎・中耳炎・熱性けいれん

てんかん・心臓病・腎臓病・その他（　　）

6．現在服用している薬がありますか？　（ はい　・　いいえ ）

（ はいの方は、薬名を記入してください ⇨　　）

7．今までに行った予防注射を記入して下さい。

五種混合（　　回・追加）四種混合（　　回・追加）　ヒブ（　　回）　肺炎球菌（　　回）

ロタリックス（　　回）　ロタテック（　　回）B 型肝炎（　　回）BCG

麻疹・風疹（　　回）水痘（　　回）　おたふく（　　回）

日本脳炎（第１期　　回・追加・第２期）子宮頸がん（　　回）　その他（　　）

8．何か心配な事、質問などあれば書いて下さい。

（　　）

9．マイナ保険証による情報取得に同意しますか？　（ はい　・いいえ ）

当院で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お願い致します。

池田クリニック　小児科