

問診票（小児用）

令和 年 月 日

本日の体温 _____ °C

ふりがな _____ 生年月日 _____
氏名 _____ (男・女) 平・令 _____ 年 _____ 月 _____ 日
(_____ 歳 _____ ヶ月)

〒 _____ 住所 _____
電話番号 _____

携帯電話番号 _____

1. 本日はどうされましたか。
いつ頃から・どのような症状ですか

2. お子様の生まれた時の体重 _____ (_____ グラム)

3. 生まれた時、お子様に異常がありましたか (はい ・ いいえ)
「はい」と答えられた方のみ具体的にお書きください

4. 今までにかかれたことのある病気に ○ を付けてください
[はしか ・ 水ぼうそう ・ おたふくかぜ ・ 風しん ・ 突発性発疹
気管支喘息 ・ アトピー性皮膚炎 ・ ひきつけ (無熱時 ・ 有熱時)
その他 (_____)]

5. 今までに入院や手術をされたことがありますか (はい ・ いいえ)
年齢 ・ 病名

6. 今までに受けられた予防接種に ○ を付けてください
[三種混合 ・ ポリオ ・ 麻しん風しん ・ 肺炎球菌 ・ ヒブ ・ ロタ
四種混合 ・ 日本脳炎 ・ B型肝炎 ・ BCG ・ 水痘 ・ おたふくかぜ
その他 (_____)]

7. 今までに薬（飲み薬・注射・予防接種）や食べ物でアレルギーをおこしたことがありますか
(はい ・ いいえ)
「はい」と答えられた方のみ具体的にお書きください

8. 現在、病院にかかられていますか (はい ・ いいえ)
医療機関名 _____ 病名 _____
お薬名 _____

9. お薬の処方について 希望される方に ○ を付けてください
院内 ・ 院外 (薬局名 _____)

10. 身長・体重をご記入ください
身長 _____ cm ・ 体重 _____ kg

体重計は、入口にご用意しております。靴を脱いでご自由にお使いください。

12. お子様の周りに新型コロナウイルス陽性者はいますか (10日以内) (はい ・ いいえ)

☆ その他、気になることがありましたらご記入ください。

☆保険証・診察券（お持ちの方）は、一緒に受付に提出してください

※問診票は当院で定めた利用目的の範囲内で利用いたします

さくらクリニック