

# 小児問診票(12歳までの方)

令和 年 月 日

フリガナ 氏名 (男・女)	生年月日 平・令 年 月 日 歳
〒 —	住所
自宅	— —
保護者連絡先	— — 氏名 続柄
緊急連絡先	— — 氏名 続柄

◎症状はいつから出ていますか? ( 月 日頃から) ◎体重 Kg

◎当てはまるものに○を付けてください。 現在 KT °C

発熱 頭痛 鼻水 鼻づまり 眼のかゆみ 咳 のどの痛み 痰 機嫌が悪い  
発疹 じんましん 腹痛 下痢 便秘 吐き気 おう吐

◎上記以外の場合はこちらに記入してください。

( )

◎その症状について、他の医療機関で受診されましたか? はい (薬あり・薬なし) いいえ

※お薬手帳をお持ちでしたら、ご提示お願いいたします。

◎今まで受けた予防接種に○を付けてください。

MR (麻疹・風疹混合) 日本脳炎 二種混合 三種混合 四種混合 ヒブ  
肺炎球菌 水ぼうそう おたふくかぜ その他 ( )

◎今までにかかった病気があれば○を付けてください。

突発性発疹 はしか 風疹 水ぼうそう おたふくかぜ 気管支喘息 肺炎  
その他 ( )

◎けいれんを起こしたことはありますか? はい ( 歳頃 ) いいえ

◎食べ物のアレルギーはありますか? はい ( ) いいえ

◎お薬のアレルギーはありますか? はい ( ) いいえ

◎お薬の希望はありますか? シロップ 粉薬 錠剤

◎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・活用する事により、質の高い医療の提供に努めています。

正確な情報を取得・活用する為、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします

真鍋医院