

小児科 問診票

フリガナ					
名前		男・女	生年月日	平成・令和	年 月 日
住所	〒		電話番号	—	—

・本日はどのような症状で受診されますか？該当する項目に記入してください。

- | | |
|--|--|
| 1) これまでにかかった病気はありますか？
<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(病名：_____) | 4) 風邪薬や花粉症のお薬等で眠気を起こしやすいですか？
<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(薬品名：_____) |
| 2) 現在治療中の病気はありますか？
<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(病名：_____) | 5) アレルギー(薬・食べ物)を起こしたことはありますか？
<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(薬品名：_____) |
| 3) 現在内服中の薬(市販薬を含む)はありますか？
<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(薬品名：_____) | |

薬はどちらで希望ですか？ 粉 ・ シロップ

体重 _____ kg ※必ず記入ください

【内科】 (いつから： _____ 前から) 【現在の体温： _____℃】

- 発熱(最高 _____℃) 咳 痰 喉が痛い 鼻水・鼻づまり 悪寒 関節痛 だるさ 胸痛 動悸
吐き気・嘔吐 腹痛 下痢 便秘 おねしょ 喘息

インフルエンザ検査希望 溶連菌検査希望 RSウイルス検査希望(1歳未満のみ)

アデノウイルス検査希望 コロナPCR検査希望 その他(_____)

【アレルギー科】 (いつから： _____ 前から)

- 鼻水・鼻づまり 目の痒み アレルギー検査希望
その他(_____) ※金属パッチテストは行っておりません

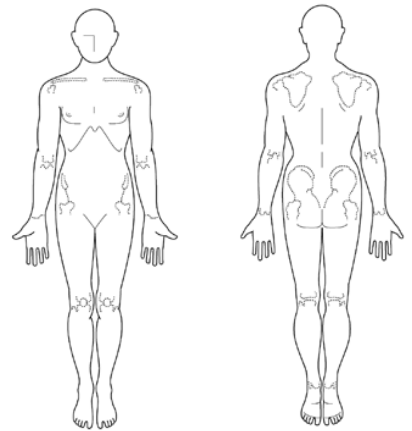
【皮ふ科】 (いつから： _____ 前から)

部位 症状のある部位に○を付けてください(右図にご記入下さい)

症状 かゆみ 痛み 赤み ぶつぶつ 化膿

しこり できもの 傷 やけど

その他(_____)



※お願い

この問診票を記入していただいた後は受付にお出しください。
提出後は待合室のおひさまマークより手前の座席で診察をお待ちください。
PCR検査希望の方はおひさまマークより奥の座席で座ってお待ちください。
診察前やお会計前に外出、またお戻りになられた際には必ず受付にお声掛け下さい。



おひさまマーク

※小児のワクチン予防接種のご予約もHP上で承っております。

現在日本脳炎、おたふくは在庫がなくご予約できません。
ただ、ご希望であれば入荷次第順番にご案内できるように
当院の入荷待ちリストに追加することもできます。
入荷次第順番に案内する形となります。
ご希望の方は受付にお声かけください。

