

# 小児科初診問診票

フリガナ

氏名

男  
女

H・R

年

月

日生

住所 〒

年齢

体重

電話番号

携帯番号

1. 今日はどういう症状がありますか？

体温：

咳 ・ 鼻汁 ・ 発熱 ・ 咽頭痛 ・ 嘔吐 ・ 下痢

腹痛 ・ 頭痛 ・ 書類のみ

その他( )

上記の症状はいつ頃からですか？

2. 最近1ヶ月以内に渡航歴がありますか。

ない ある (国名 )

3. 現在飲んでいる薬はありますか？

ない ある (薬品名 )

※お薬手帳を診察時見せて頂きます。

4. 今まで大きな病気にかかったことはありますか？

ない ある (心疾患・腎疾患・喘息・熱性けいれん )

その他( )

5. アレルギーはありますか？

ない ある ( )

6. 集団生活をしていますか？

ない ある ( 保育園 ・ 幼稚園 ・ 学校 )

7. 周囲で流行している病気はありますか？

ない ある ( )