

問診票（小児用）

令和 年 月 日

裏面もご記入下さい

本日の体温 _____ °C

ふりがな
氏名 _____ (男・女) 生年月日 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)

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)
どのような薬・食べ物で _____
どのような症状 _____

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。

☆ 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

裏面もご記入下さい

患者様に、安心安全な医療を提供するための問診票となります。

別室にて診察をさせていただく場合もございますが、ご協力お願いいたします。

該当項目に を付けてください。

症 状

咳 ・ 息苦しい ・ のどの痛み ・ 鼻水 ・ 倦怠感

関節痛 ・ 下痢 ・ 嘔吐 ・ 味覚異常（あじ） ・ 嗅覚異常（におい）

その他（ ）

発 熱

（ 有 ・ 無 ）

（10日以内）

【 月 日 時から発熱 最高 °C 】

家族・仕事場・友人での新型コロナウイルス陽性者

（ 有 ・ 無 ）

（10日以内）

行 動

（10日以内）

旅 行 有【場所】 ・ 無

県外への往来 有【場所】 ・ 無

多人数での食事や会合 有 ・ 無

コロナウイルスワクチン接種

（ 未接種 ・ 1回済 ・ 2回済 ・ 3回済 ・ 4回済 ）