問診票

初診用

令和　　年　　月　　日

（ふりがな）
おなまえ：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　生年月日：平成・令和　　年　　月　　日（　才　ヶ月）

体重：　　　　kg　身長：　　　　㎝　体温：　　　　℃　男・女

住所：〒　　　　　　　　　　　　自宅TEL：

●記入者：母親・父親・祖父母・その他（　　　　　　）　保護者携帯：

●母子手帳はお持ちですか？　□あり　□なし

●本日はどうされましたか？　該当するものに☑をしてください

□発熱　＿月＿日～＿＿℃→　解熱剤使用　あり（最終使用時刻　　　　）・なし

□鼻水　＿月＿日～　□咳　＿月＿日～　（痰がらみ・から咳・ゼイゼイ）

□嘔吐　＿月＿日～　1日　回くらい　□下痢　＿月＿日～　1日　回くらい

□腹痛　＿月＿日～　□発疹（ぶつぶつ）　＿月＿日＿時頃～　部位＿＿＿＿

□その他＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

●ご家族や周囲（学校や保育園など）で、はやっている病気はありますか？

□なし　□あり　→　病名　　　　　　（場所：　　　　　）

●現在使っているお薬はありますか？

□なし　□あり　→　お薬手帳を添えるか、お薬の名前をご記入ください

※1日の希望内服回数　□3回　□2回　□希望無し

（お薬の種類によってはご希望に添えられない場合があります）

●希望するお薬の剤形（複数選択可）

□粉薬　□水薬　□錠剤またはカプセル　□坐薬

●解熱剤が処方される場合

□粉薬を希望　□水薬を希望　□錠剤を希望　□坐薬を希望

●アレルギーについて

□なし　□不明

□あり　→　食物　　　　薬剤　　　　その他

●今までにかかったことがある病気を記入してください

□特になし　□突発性発疹　□けいれん　□ぜんそく　□その他（　　　　　）

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

（妊娠の可能性がある方、授乳中の方はお申し出ください）

ご記入ありがとうございました。

おおくぼこどもクリニック

Ver.2.0