

問診票（小児初診）

ふりがな お名前	必ずご記入ください 体重： kg
生年月日： S・H・R 年 月 日 （ 歳 ヶ月）	体温： °C
ご住所：〒	
お電話番号：	保護者の方のお名前：
通っている園名・学校名： 感染症流行把握のためご記入ください	

■発熱はありますか

ない ・ ある → 発熱はいつからですか（ 月 日 AM・PM 時頃）
1番高熱だったのはいつですか（ 月 日 AM・PM 時頃）

■発熱以外の症状はありますか ○をつけ該当する場合下線部もご記入ください

咳 ・ 鼻水 ・ 痰 ・ ぜいぜいする ・ くしゃみ ・ のどが痛い ・ 頭痛 ・ 関節の痛み
口内炎 ・ 目の充血 ・ 目やにがでる ・ 耳の痛み（右・左・両方） ・ 耳の下の腫れ（右・左・両方）
腹痛 ・ 気持ちが悪い ・ 嘔吐（__回） ・ 下痢（1日__回程度） ・ お尻が荒れている
便秘（最後の排便は__日前／普段の排便は__日に1回）
じんましん ・ 肌荒れ ・ 肌の乾燥 ・ 湿疹 ・ 発疹 ・ 虫刺され
その他（_____）

■上記で○をつけた症状はいつからですか

今日から ・ 昨日から ・ 2日前から ・ 1週間前から ・ その他（_____）

■今回の症状でお薬を使用していますか 使用している場合はご記入いただくかお薬手帳をご提出ください

いない ・ いる（お薬名：_____）

■周囲で流行している病気はありますか ある場合は○をつけてください

水ぼうそう ・ おたふくかぜ ・ 麻疹 ・ 風疹 ・ RSウイルス ・ インフルエンザ
溶連菌 ・ 胃腸炎 ・ 新型コロナウイルス ・ その他（_____）

■これまでに大きな病気や入院・手術をした事がありますか

ない ・ ある → 気管支喘息（_____）歳～ 熱性けいれん（_____）歳
 その他（_____）

現在上記について治療や経過観察を行なっていますか

いない ・ いる（内容：_____ 病院名：_____）

■常用薬はありますか ある場合はご記入いただくかお薬手帳をご提出ください

ない ・ ある（お薬名：_____）

■食べ物やお薬のアレルギーはありますか

ない ・ ある（_____）

■お薬について希望するものに○をつけてください

1日に→（ 2回 ・ 3回 ） 形態→（ シロップ ・ 粉 ） 解熱剤は→（ シロップ ・ 粉 ・ 坐薬 ）

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。

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算（初診時）
加算1：4点、加算2：2点（マイナ保険証を利用した場合）