小児科　初診・再診問診票

ふりがな		性別	生年	平成	年　月　日
氏名		男・女	月日	令和	
再診で変更がない場合、以下は「身長・体重のみ」ご記載ください。					
住所	〒				
保護者名		身長　　cm			
連絡先		体重　　kg			

Q. 受診された理由について（複数回答可）

□発熱 (　　℃)
□のどの痛み
□鼻水・鼻閉
□じんましん
□ぐったりしている
□その他
[　　]

□咳・痰
□下痢・嘔吐
□腹痛
□皮膚トラブル
□機嫌が悪い

症状があるのはいつからですか？
（　　）

Q. 周囲に以下の症状の方はいますか？

□発熱
□胃腸炎
□新型コロナ感染症

□咳・かぜ
□インフルエンザ
□特になし

Q. 現在治療中・経過を見ている病気はありますか？

□なし
□アトピー性皮膚炎
□その他
[　　]

□喘息
□先天性疾患

Q. ご希望の薬の剤型はありますか？

□シロップ　□粉末（ドライシロップ）
□錠剤　□特になし

Q. 特に医師へ相談したいことがあればご記載ください。

[　　]

Q. （初診の方へ）当院をどのようにお知りになりましたか？

□自宅・会社に近い
□家族・知人から
□ホームページ
□Instagram
□他院からの紹介

□看板をみて
□職場の同僚等から
□インターネット検索
□まとめサイト
□その他

Q. 食物・薬のアレルギーはありますか？

□あり → [　　]

□なし