

新患問診票

記入日： R 年 月 日

フリガナ

お子様の名前 _____ (男・女)

生年月日 S H R 年 月 日 (歳 ヶ月)

住所 (〒 -) _____

携帯電話 - - 車のナンバー (4桁) _____

_____ (保育園 ・ 幼稚園 ・ 小学校 ・ 中学校)

- ※ 保険証、子ども医療費助成受給者証、母子手帳、お薬手帳と合わせて、問診表を受付へご提出ください。
- ※ 当院の固定電話/携帯電話から随時連絡が入りますので、車内でお電話に出られる準備をしてお待ちください。

<クリニック記載欄>

抗原検査 + -

PCR 検査 ・ 徒歩来院

その他：



→ 2ページ目へ

フリガナ

お子様の名前 _____ (男・女)

生年月日 S H R 年 月 日 (歳 ヲ月)

携帯電話 - - 車のナンバー (4 桁)

来院時の体温 _____ °C 体重 _____ kg

付き添い者の体温：①(続柄：) °C、②(続柄：) °C

① 本日の症状に○をつけてください。

- ・発熱 ・鼻水(透明・緑っぽい) ・鼻詰まり ・咳(乾性・湿性) ・喘鳴
- ・嘔吐(回) ・下痢(回) ・腹痛 ・頭痛 ・咽頭痛 ・だるさ
- ・その他()
- ・受診のきっかけになった症状が始まった時期：(月 日 朝・昼・夕・夜) から

② 現在のお子さんの状態はいかがですか？

- ・元気/機嫌(よい・やや悪い・悪い) ・食事/水分摂取(いつも通り・やや少ない・少ない)
- ・睡眠(いつも通り・やや少ない・少ない) ・尿量(いつも通り・やや少ない・少ない)

③ 出生歴を教えてください。

出生医療機関()、()週()日、出生体重()g、
(自然・吸引・帝王切開)分娩、出生時の異常(なし・あり：)

④ 今までにかかったことがある病気がありましたら、○をつけてください。

水ぼうそう・おたふくかぜ・突発性発疹症・気管支喘息・中耳炎・アレルギー性鼻炎・
アトピー性皮膚炎・熱性けいれん・てんかん・川崎病・心臓病・腎臓病・
その他()

⑤ 現在、家族内や保育園/幼稚園/小学校/中学校で流行中の病気はありますか？

(なし・あり：)

⑥ 現在、処方されている薬はありますか？

(なし・あり：)

⑦ 今までに薬や食べ物、予防接種などで、アレルギーを起こしたことがありますか？

(なし・あり：)

⑧ 希望するお薬について 1つ 選択してください。 → (シロップ・粉・錠剤)

解熱剤の処方希望 (なし・あり： 座薬・シロップ・粉・錠剤)

内服回数の希望 (特に希望はない・1日1回もしくは2回)

(※お薬の種類によってはご希望に添えない場合がありますので、あらかじめご了承ください。)

⑨ コロナウイルス感染症の検査を希望されますか？ (はい・医師が必要と判断すれば)

(※検査の要/不要は、最終的には医師の判断になりますので、あらかじめご了承ください。)