

診察券番号：

受診日： 年 月

初診問診票（小児）

← 新たな症状で受診の方

ふりがな

氏名

年齢 歳 か月 性別（男・女）

（↓変更があれば）

住所 〒

携帯電話（母・父・その他.....） 固定電話

学校名・園名

周りに感染症の人はいますか？（病名や症状 誰 or どこで ）

体重（ ）kg

発熱（ なし ・ あり → °C）

受診された症状について

これまで大きな病気等の経験はありますか？（ なし・あり ）

アレルギーはありますか？（ なし・あり ）

治療中の病気はありますか？（ なし・病名 ）

使用中的お薬はありますか？（ なし・あり ）

ご家族に大きな病気や持病はありますか？^{↑お薬手帳やメモがあれば記入不要です}（ なし・病名 ）

検査（鼻腔・咽頭の各種病原体、血液など）の希望はありますか？

（ あり ・ なし ・ 医師と相談して考える ）

（ ある場合、どんな検査を希望されますか？..... ）

お薬の形の希望はありますか？（◎○△×）（ シロップ ・ 粉 ・ 錠剤 ・ 座薬 ）

内服回数は？（ 3回可能 ・ できれば2回 ・ 2回のみ ）

特に伝えておきたいことがあればご記入ください

ご記入、ありがとうございました。