

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。