

診察券番号：

受診日： 年 月 日

(スタッフ記載欄)

初診問診票 (小児)

← 完全初診の方

ふりがな

氏 名

生年月日 西暦 年 月 日 (歳 月) 性別 (男 ・ 女)

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

出生前後に異常はありましたか？ (なし ・ あり)

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？ (なし ・ 病名)

↑お薬手帳やメモがあれば記入不要です

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。