

小児科問診票(初診)

(ふりがな)

名前: _____ 性別: 男・女 体重: _____ kg

住所: 〒 _____

電話番号(日中連絡のつく番号): _____

生年月日: 昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 年齢: _____ 歳 _____ ヶ月

集団生活: なし・あり【幼稚園(_____)、保育園(_____)】

園内で現在流行の感染症(わかる範囲で): _____

アレルギー: なし・あり【_____] _____

現在の内服: なし・あり【_____] _____

●今までにかかったことにある病気:(あてはまるものを○で囲んでください)

突発性発疹症、水痘(みずぼうそう)、流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)、けいれん(熱性・無熱性)、麻疹(はしか)、風疹(三日ばしか)、気管支喘息、アトピー性皮膚炎、その他(_____)

●わかる範囲で結構ですので、接種済のワクチンを○で囲んでください。

ヒブ ・ 肺炎球菌 ・ B型肝炎 ・ ロタ ・ 4種混合 ・ BCG ・

MR(麻疹・風疹) ・ 水痘 ・ おたふくかぜ ・ 日本脳炎 ・ DT(2種混合)

3種混合 ・ ポリオ ・ その他(_____)

●本日の受診について:(あてはまる症状を○で囲み、状態を記入してください)

症状	いつから、状態	症状	いつから、状態
発熱	_____ 日前から (現在 _____ °C) 最高 _____ °C(_____ 日前)	腹痛	
咳		嘔吐	(_____) 回/日
鼻水		下痢	(_____) 回/日 水様・泥状・軟便・血便
のどの痛み		皮膚の症状	
その他			

●処方薬の剤型の希望があればチェックしてください。(希望に添えない場合もあります)

散薬(粉薬) シロップ 錠剤

●2018年4月より診療報酬改定に伴い、明細書の発行が義務付けられました。

明細書不要の方はチェックしてください。 明細書不要

当院では患者負担の軽減や医療保険財政の改善を目指した厚生労働省の取り組みに同意し、

ジェネリック医薬品での処方を推進しています。先発品をご希望の方は、あらかじめ受付にお伝えください。

