　　　　　　　　　小児科問診票　　　記入日　　　年　　月　　日

生年月日　昭和・平成・令和　　　　年　　　月　　日（初診時のみ）

　　　　　　　　　　　　　　（男・女）　年齢　　　歳　　か月　体重　　　 　kg　体温　　　　　℃

住所（初めての方のみ記載）〒

電話番号（初めての方のみ記載）　自宅☎　　　　　　　　　　　携帯電話☎

1. 今日はどうされましたか？

□熱がある( 日前から)　□咳　□鼻水・鼻つまり　□たん　□のどが痛い　□寒気　□頭痛　□関節痛

□元気がない、ぐったりしている　　□機嫌が悪い　　□食欲がない、飲みが悪い　　□顔色が悪い

□吐き気　□おう吐　□下痢（軟便・水様便・血便）　□腹痛　□頻尿　□排尿痛

□胸が痛い　□動悸　□息苦しい、呼吸が苦しそう　□喘鳴（ぜーぜー、ヒューヒュー）

□湿疹（部位：　　　）　□かゆい

□薬、検査、相談、その他( 　　　　　　　　　　　)

② 症状はいつからですか？　　□今日初めて　　□( 　) 日前から　　□ずっと前から

③　現在周囲や家族で流行している病気はありますか？　□ない　　□ある（　　　　　　　　　　　　　　）

④　現在通院中の病気、または過去に治療を受けた病気はありますか？（初診時のみ）  
□なし　□ある　病名：

⑤　飲んでいるお薬はありますか？（＊お薬手帳をお持ちの方は受付にご提示ください）

　 □なし　□ある　薬品名：

⑥　お薬や食品でアレルギーや副作用が出たことはありますか？（初診時のみ）

　 □なし　□ある　薬・食品名：

⑦　希望する薬の剤形は？（□シロップ　　□粉薬　　□錠剤　　□どれでもよい）

⑧　今日熱さましはご希望ですか？　□いらない　□いる（ □座薬　□シロップ　□粉薬　□錠剤）

⑨ 医師の希望がある方はご記入ください（ ）