

# 小児科問診票

しおはら小児科・皮膚科クリニック

受診日 令和 年 月 日

ふりがな		性別	生年月日	体重
お名前		男・女	昭和・平成・令和 年 月 日	kg
ご住所	〒		電話番号	
園・学校名			マイナ保険証による診療情報取得に 同意する・同意しない	

※当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。  
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

## ○薬や食品などでアレルギーがあればご記載ください。

### 1. 主な症状に○印と、症状が始まった日をご記載ください。

発熱	月	日から	★検査希望		
咳	月	日から		下痢	月 日から
頭痛	月	日から		嘔吐	月 日から
咽頭痛	月	日から		腹痛	月 日から
鼻症状	月	日から		発疹	月 日から

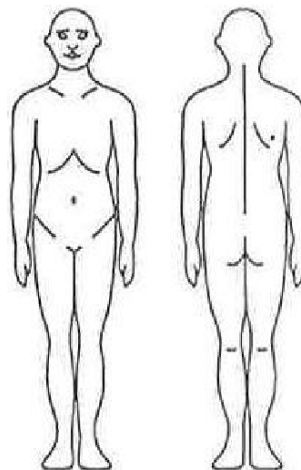
### その他の症状

月 日から  
月 日から  
月 日から

伝えたい病状など自由にご記載ください。

### 2. 発疹や症状はどこのでしょうか？

右の図で発疹や症状のある部分すべてに印をつけて下さい。



### 3. 今回の症状で他の医療機関にかかりましたか？

○いいえ

○はい：医療機関名

紹介状 あり ・ なし

### 4. 現在他の医療機関に通院されてますか？

○いいえ

○はい

医療機関名

受診日

治療内容

処方薬

### 5. 今まで大きな病気にかかったことがありますか？

○いいえ

○はい

医療機関名

病名

時期

治療内容

### \* 大人の受診の方のみ記入をお願いします。

#### 6. この1年間で検診(特定検診)を受診しましたか？

○いいえ

○はい 受診時期

指摘事項

#### 7. 現在妊娠中、授乳中ですか？(女性のみ)

○いいえ

○はい 妊娠週数