問 診 表

SpO_2	%	診察前体温	℃	アレルギー	あ り ・ な し

フリガナ		男・女	年齢: 歳 カ月	体重	kg
名前					

（ 病院からのお呼び出しに使用しますので、現在繋がる番号でお願いいたします ）

お呼び出し携帯番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ （ 母 ・ 父 ・ その他: ）

○ いつからどのような症状がみられていますか？（**前回の続きの方はその旨をお書きください**）
あてはまる症状にチェックをし、それぞれ、いつからかご記入ください。

症状	いつから？	症状	いつから？
□ 発熱 （ ℃）		□ おう吐（ 回） げり（ 回）	
□ せき		□ おなかの痛み	
□ はなみず		□ のどの痛み	
□ 頭痛		□ 湿疹 （部位 ）	
□ そのほか			

同居のご家族で体調不良の方
いない ・ いる（続柄: 、症状: ）

かかりつけ医 （ ）
錠剤服用 （ 可 ・ 不可 ）

○ お薬や食べ物にアレルギーはありますか？ （ なし ・ あり ）

内容

○ 現在内服されているお薬はありますか？ （ なし ・ あり ）

内容（ お薬手帳などがあれば記入は不要です ）

○ 熱性けいれんを起こしたことがありますか？ （ なし ・ あり ）

それはいつですか？

○ 出生時に異常があったり、今までに大きな病気をされたことはありますか？

いつ？ どんな？

○ お子さんが通っている施設名

名称（ （ ）学年 ）
こども園 ・ 幼稚園 ・ 学校・ 未就園

流行している疾患はありますか？
なし ・ あり （ ）

○ 他に何か相談したいことがありましたらお書きください

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。

浅井小児科医院