

小 児 問 診 票

	カルテ No. .	受診日 年 月 日	
(ふりがな) 氏名	ふりがな()	生年月日(平成・令和) 年 月 日(歳 ヶ月)	性別 男・女
携帯電話		自宅電話	
住所	〒		

マイナ保険証を利用される方への質問 診療情報取得に同意されますか？ いいえ・はい

他医療機関からの紹介状をお持ちですか？ いいえ・はい (受付にお出し下さい)

本日受診の症状について以下にご記入下さい 体温 ℃

いつから、
どんな症状がありますか？

症状が出てから本日までの経過は？

現在、他の医療機関に通院、治療をしていますか？ いいえ・はい (以下にご記入下さい)

病名	①	時期	① 年	治療内容	①
	②		② 年		②
	③		③ 年		③

医療機関名 ① ② ③

現在、飲んでいる薬はありますか？ いいえ・はい (以下にご記入下さい) *薬手帳を受付へお出し下さい

薬剤名		いつ頃から？	
-----	--	--------	--

これまでにかかったことのある病気はありますか？ いいえ・はい (以下を○で囲って下さい)

気管支喘息 ・ 麻疹(はしか) ・ 風疹 ・ おたふくかぜ ・ 水痘(みずぼうそう) ・ 百日咳 ・ ひきつけ(けいれん)
アレルギー性鼻炎 ・ アトピー性皮膚炎 ・ 中耳炎 ・ 副鼻腔炎
その他()

これまでに受けた予防接種はありますか？ いいえ・はい (以下を○で囲って下さい)

BCG ・ 2種混合(DT) ・ 3種混合(DPT) ・ 4種混合(DPT-IPV) ・ 麻疹風疹混合(MR) ・ 麻疹 ・ 風疹 ・ 日本脳炎
水痘(みずぼうそう) ・ おたふくかぜ ・ 肺炎球菌 ・ B型肝炎 ・ 子宮頸がん ・ ヒブ ・ ポリオ ・ ロタウイルス
その他()

薬や食品などのアレルギーはありますか？ いいえ・はい (以下にご記入下さい)

原因となったもの	症状
----------	----