

# <問診表>

# いず小児科クリニック

令和 年 月 日

ふりがな

お子様のお名前 \_\_\_\_\_ (男・女)

生年月日 年 月 日 ( 才 か月) 体温 \_\_\_\_\_ 度 体重 \_\_\_\_\_ k g

住所 \_\_\_\_\_ (〒 - )

電話番号 自宅: \_\_\_\_\_ 携帯 (母・父): \_\_\_\_\_

●本日はどうされましたか？

発熱 (最高 \_\_\_\_\_ 度) 咳 鼻水 鼻づまり のどいた

嘔吐 (計 \_\_\_\_\_ 回) 下痢 軟便・水便 (一日 \_\_\_\_\_ 回) 便秘

頭痛 その他 ( \_\_\_\_\_ )

→その症状はいつからですか？ ( \_\_\_\_\_ 日 時頃～ \_\_\_\_\_ )

●現在のお子様の状態はどうですか？

水分摂取 (いつもどおり やや少ない 少ない)

食事摂取 (いつもどおり やや少ない 少ない)

ご家庭や学校・幼稚園・保育園で体調を崩している方はおられますか？

(はい・いいえ) ( \_\_\_\_\_ 園・学校)

何か流行してますか？ ( \_\_\_\_\_ )

●現在飲まれているお薬はありますか？

なし あり ( \_\_\_\_\_ )

●他に何か相談したいことはありますか？

( \_\_\_\_\_ )

●現在、他院に受診されていますか？

いいえ はい (治療内容: \_\_\_\_\_ )

●マイナンバーカードにて保険証の確認・診療情報 (他院での薬の処方情報など) の開示に同意されますか？

はい いいえ