

問診票（一般小児診療、予防接種の方）

フリガナ		男・女	生年月日	平・令	年	月	日生
お名前				年齢	歳（		）
ご住所	〒	-		【繋がりやすい連絡先】			（
							）
						体重	kg

@お会計がないとき、**明細書の発行**を希望されますか？ はい・いいえ

@お薬を**1日3回**飲ませることはできますか？ はい・いいえ

@希望の**お薬の形**（複数回答可）：粉薬・シロップ・錠剤・坐薬・なんでもよい

@マイナ保険証（マイナンバーカードの健康保険証利用）による情報取得に同意しますか？

はい いいえ { 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。 }

→いいえの方に伺います、特定健診や高齢者健診を1年以内に受けましたか？ いいえ はい

1. どのような症状やご希望で受診されましたか？（当てはまるもの全てに、○をつけてください）

発熱・発疹・咳・鼻水・鼻づまり・ゼーゼー・のどの痛み・耳の痛み・腹痛・嘔吐・下痢・便が出ない
予防接種、その他（ ） **【予防接種の方は、質問2.3.4は飛ばしてください】**

2. その症状はいつからですか？、どのような経過ですか？（経過を詳しく教えてください）

{ }

3. 水分や食事、機嫌はどうですか？ 普段どおり・水分はとれる/少しぐずる・機嫌悪く、飲めない

4. 園や学校、家庭内で流行している病気はありますか？ なし・インフル・胃腸炎・RS・手足口病・
溶連菌・プール熱・ヘルパンギーナ・おたふく・水痘・麻しん・風しん・新型コロナ・（ ）

5. かかったことのある大きな病気や入院の原因になった病気、通院している病気はありますか？

なし・喘息・熱性けいれん・その他（ ）

6. 5の病気に対するお薬を含め、使用中のお薬やかかりつけの病院、紹介状があれば教えてください。

（ ）

・現在妊娠中ですか？ いいえ はい（ 週） ・授乳中ですか？ いいえ はい

7. 食べ物やお薬のアレルギーがあれば、食物（と調理形態）や薬の種類、その際の症状をお願いします。

（ ）

8. 接種済ワクチンを教えてください。 ヒブ（ ）肺炎球菌（ ）B型肝炎（ ）ロタウイルス（ ）

4種混合（ ）BCG（ ）麻しん風しん（ ）水ぼうそう（ ）おたふくかぜ（ ）日本脳炎（ ）

2種混合（ ）子宮頸がん（ ）インフルエンザ（ ）コロナ（ ）他（ ）

9.家族構成は、父（ 才）母（ 才）姉兄弟妹（ 才 か月、 才 か月、 才 か月）

（※9の記載は自由）

（当院受診歴のある方は○を、既往やアレルギーもあれば上のスペースにコメントをお願いします）

10. 今回の受診で、特に気になっていることや相談したいことがありましたらご記入ください

（ ）

11. 当院を知ったきっかけは（ネット検索・SNS・看板・通りがかり・ご紹介・その他（ ））

問診票（アレルギーや夜尿、発達フォローの方）

フリガナ		男・女	生年月日	平・令 年齢	年	月	日生 （ か月）
お名前							
ご住所	〒	-		【繋がりやすい連絡先】		（	
							体重

@お会計がないとき、**明細書の発行**を希望されますか？ はい・いいえ

@お薬を**1日3回**飲ませることはできますか？ はい・いいえ

@希望の**お薬の形**（複数回答可）：粉薬・シロップ・錠剤・坐薬・なんでもよい

@マイナ保険証（マイナンバーカードの健康保険証利用）による情報取得に同意しますか？

はい いいえ { 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。 }

→いいえの方に伺います、特定健診や高齢者健診を1年以内に受けましたか？ いいえ はい

1. どのような症状や病気で受診されましたか？（当てはまる症状全てに○をつけてください）

食事中・後のかゆみ、運動や寒さによる咳、赤くてカサカサしたかゆい発疹、（季節性の）透明な鼻水、食物アレルギー、気管支喘息、アトピー性皮膚炎、アレルギー鼻炎や花粉症・舌下免疫療法、夜尿、落ち着きがない、不注意、発達の遅れ、その他（ ）

2. その症状はいつからですか？、どのような経過ですか？（経過を詳しく教えてください）

{ }

3. 園や学校で流行している病気はありますか？ なし・インフル・胃腸炎・RS・手足口病・溶連菌・プール熱・ヘルパンギーナ・おたふく・水痘・麻疹・風しん・新型コロナ・（ ）

4. かかったことのある大きな病気や入院の原因になった病気、通院している病気はありますか？

特になし・喘息・熱性けいれん・その他（ ）

5. 4の病気に対するお薬を含め、使用中のお薬やかかりつけの病院、紹介状があれば教えてください。

（ ）

・現在妊娠中ですか？ いいえ はい（ 週） ・授乳中ですか？ いいえ はい

6. 食べ物やお薬のアレルギーがあれば、食物（と調理形態）や薬の種類、その際の症状をお願いします。

（ ）

7. 接種済ワクチンを教えてください。ヒブ（ ）肺炎球菌（ ）B型肝炎（ ）ロタウイルス（ ）

4種混合（ ）BCG（ ）麻疹風しん（ ）水ぼうそう（ ）おたふくかぜ（ ）日本脳炎（ ）

2種混合（ ）子宮頸がん（ ）インフルエンザ（ ）コロナ（ ）他（ ）

8. 家族構成は、父（ 才）母（ 才）姉兄弟妹（ 才 か月、 才 か月、 才 か月）

（※8の記載は自由）

（当院受診歴のある方は○を、既往やアレルギーもあれば上のスペースにコメントをお願いします）

9. 今回の受診で、特に気になっていることや相談したいことがありましたらご記入ください

（ ）

10. 当院を知ったきっかけは（ネット検索・SNS・看板・通りがかり・ご紹介・その他（ ））