



佐倉市 寺崎北 小児科

うさぴよんこども
クリニック

Usapyon Children's Clinic



問診票（再診・診察券のある方用）

記入日

年

月

日

診察券番号

ふりがな

お名前

(男・女)

生年月日

年

月

日

(

歳

か月)

体温

℃

体重

kg

メブチン ポスミン 鼻吸引

胸部 X-p Waters 浣腸()ml

咽頭アデノ 溶連菌 RS hMPV

Flu ロタ・アデノ ノロ 便培養

一般尿 カテ尿 パック尿 尿培養

点滴 血算 CRP 血糖 アレルギー

エコー：腹部 頸部 心臓 その他

1. 主にどのような症状（あるいは目的）で来院されましたか？

症状に○をつけて、いつから始まったかお書き下さい

・定期受診

・数日前受診の後の再診（前回の受診日： 月 日）

・検査の結果を聞きに来た（アレルギー検査 ・ その他）

・発熱 (月 日から)、最高 ()℃

・嘔吐 (月 日から)、()回/日

・下痢 (月 日から)、()回/日

・血便 (月 日から)、便の（一部・全体）

・腹痛 (月 日から)

・水分とれない (月 日から)

・その他 ()

🚗 (車のナンバー)：

📱 (携帯)：

以下の記載は不要です
必要があれば以下も記載下さい

2. 家族・園・学校に具合の悪い方や流行している疾患はありますか (はい ・ いいえ)？

(具体的に：)

▶3. 既往歴（生まれつきの病気、通院中の病気、入院・手術など）はありますか (はい ・ いいえ)？

(気管支喘息、アトピー性皮膚炎、熱性けいれん、てんかん、早産児・低出生体重児)

(その他：)

4. 現在使用している薬はありますか (はい ・ いいえ)？ (お薬手帳の提示でも構いません)

(薬名：)

▶5. 薬や食べ物のアレルギーはありますか (はい ・ いいえ)？

(薬名・食品名：)

6. 主成分が同じで価格の安いジェネリック医薬品を希望しますか？ (①か②を選んで下さい)

①ジェネリック（後発）医薬品を希望

②先発医薬品を希望（調剤薬局で特別料金がかかります）

7. お薬の希望を教えてください 内服薬 : 粉薬 ・ シロップ ・ 錠剤

解熱・鎮痛剤 : 粉薬 ・ シロップ ・ 錠剤 ・ 坐薬

8. 最後に伝えておきたいことがあれば、お書き下さい

()

以前と同等の内容であれば記載は不要です、心配な方は記載下さい