



佐倉市 寺崎北 小児科

問診票（初診・はじめて受診される方用）

記入日 年 月 日

ふりがな

お名前 (男・女)

生年月日 年 月 日 (歳 か月)

ご住所 〒

お電話番号 - - 携帯番号（緊急連絡先） - -

体温 °C 体重 kg

🚗 (車のナンバー) :

メブチン ボスミン 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. 今日は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

- | | |
|------------------------|------------------|
| ・発熱 (月 日から)、最高 () °C | ・頭痛 (月 日から) |
| ・嘔吐 (月 日から)、() 回/日 | ・のどの痛み (月 日から) |
| ・下痢 (月 日から)、() 回/日 | ・咳 (月 日から) |
| ・血便 (月 日から)、便の(一部・全体) | ・鼻みず (月 日から) |
| ・腹痛 (月 日から) | ・呼吸が苦しい (月 日から) |
| ・水分とれない (月 日から) | ・発疹 (月 日から) |
| ・その他 [|] |

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または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

[]