

さくらやま小児科クリニック問診票【初診】

年 月 日

ふりがな		男・女	生年月日		体重
氏名			年 月 日(歳 ヶ月)		kg
住所	〒	電話番号			

①今日はどうかさいましたか？

該当症状を○で囲み、隣の欄にいつから症状が出ているかご記入ください。

発熱(37.5℃以上)	日 時～	来院時	
コロナウイルス検査実施有無	有 (日 時) 無	体温	℃
咳		腹痛	
鼻水		嘔吐	
咽頭痛		下痢	
頭痛		その他	
発疹(どこに、どんな?)			

②今までにかかった病気は何ですか？

③現在服用している薬はありますか？ ない・ある ()

④食品・薬のアレルギーはありますか？ ない・ある ()

⑤今までに受けた予防接種を○で囲んでください。

ヒブ・小児用肺炎球菌・ロタ・BCG・ポリオ・三種混合・四種混合・二種混合
麻疹風疹混合・日本脳炎・おたふくかぜ・水ぼうそう・B型肝炎・子宮頸がん
インフルエンザ・コロナ

※以下は該当される方のみご記入ください。

- ・処方 (シロップ・粉末・錠剤・坐薬) を希望 *薬の種類によってはご希望に添えない場合もあります。
- ・保育園通園中で処方は1日2回を希望。(はい・いいえ) *抗生剤など1日2回にできない場合もあります。
- ・その他ご相談があればご記入ください。