

## 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今日はどうなさいましたか？

**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	
感染症検査実施有無	無・有( )	体温	℃
咳		腹痛	
鼻汁		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食品・薬のアレルギーはありますか？ ない・ある( )

④現在服用している薬はありますか？ ない・ある( )

\*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。

⑤今までに受けた予防接種を○で囲んでください。

五種混合・小児用肺炎球菌・B型肝炎・ロタ・BCG・ヒブ・四種混合

麻疹風疹混合・水ぼうそう・おたふくかぜ・日本脳炎・二種混合・三種混合・ポリオ・子宮頸がん

インフルエンザ・コロナ