

小児科問診票

☆おたふく・みずぼうそう・インフルエンザの疑いのある方、発疹のある方は先にお申し出ください

記入日 年 月 日

フリガナ		男 女	生年月日	年 月 日		
氏 名						
住 所	〒					
連絡先 (自宅)	— —		連絡先 (携帯)	— —		
年 齢	歳	ヶ月	体 重	kg	体 温	℃

1. 本日はどのような症状でおかかりですか

_____月_____日頃から

- ・下記より該当する症状がありましたら○印をつけてください

咳 ・ 鼻汁 ・ 嘔吐 ・ 下痢 ・ 発疹

2. 今までにお子様がかかった病気についてご記入ください

- ・大きな病気、入院、手術の経験はありますか

時期（_____ごろ） ・ 病気（_____）

- ・アレルギーはありますか（食物、薬剤アレルギーなど）

3. 生活の場

自宅 ・ （_____）保育園 ・ （_____）小学校

4. 周囲で流行しているものはありますか（新型コロナウイルス、インフルエンザなど）

5. 家族内で発熱、風邪症状の方はいましたか いいえ ・ はい