

むらかみ小児科問診票（初診）

記入日： 年 月 日

フリガナ		男・女	生年月日	西暦	年	月	日
お名前：				(歳	ヶ月)	
電話番号							
身長	cm	体重	kg	本日の体温	°C		

① 出生時の週数と体重を教えてください。

在胎 週、 出生体重 g

② お子さんはこれまでに病気や入院されたことがありますか？

(いいえ ・ はい → 『 『)

③ 薬や食物のアレルギーはありますか？

(いいえ ・ はい → 『原因薬物・食物 『)

④ 集団生活をしていますか？

(いいえ ・ はい → 『園名・学校名： 『)

⑤ 薬の希望がありますか？（体重や年齢でご希望に添えないこともあります。）

(いいえ ・ 粉薬希望 ・ シロップ希望 ・ 錠剤希望)

⑥ 本日はこういった症状で受診されますか？（その症状がいつから発症したかもご記載ください。）

⑦ 同居の家族で、過去 10 日以内に鼻汁・咳・発熱・のどの痛み・体のだるさ・においや味がわからないといった症状の方はおられますか？

(いいえ ・ はい → 『 『)

⑧ 新型コロナウイルスの感染者の方や、濃厚接触者の方と接触歴はありますか？

(いいえ ・ はい → 『 『)