



# 生協こどもクリニック 問診票

記入日 年 月 日

ふりがな			
お名前		(男・女)	年齢 歳 力月
体温 °C	体重 kg	( ) 保育園、幼稚園、小学校、中学校	

❖ 今日どのようなことで来院されましたか？(○をつけて、かっこ内にいつから始まったか記載してください)

- ・咳、ゼーゼー ( )
- ・便秘 ( )
- ・定期受診/定期処方 病名 ( )
- ・鼻水、鼻閉 ( )
- ・嘔吐/吐き気 ( )
- ・病児病後児保育 医師連絡票
- ・のどの痛み ( )
- ・下痢 ( )
- ・登園登校許可証
- ・頭痛 ( )
- ・発疹 ( )
- ・検査結果の説明
- ・腹痛 ( )
- ・その他 ( )
- ・発熱 (下に記載して下さい)

°C	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
40							
39							
38							
37							
36							

❖ お薬についてご希望はありますか？

飲み薬の種類→ (シロップ/粉薬/錠剤/カプセル)

熱さまし/痛み止め

→(いない/座薬/シロップ/粉薬/錠剤)

❖ 現在、周囲(園、学校、家族など)で流行している病気はありますか？

- ・ない・ある → どこで ( )
- どなたが ( )
- なんの病気が ( )

❖ 食べ物や薬でアレルギー(じんましんなど)が出たことがありますか？

- ・ない・ある → 内容 ( )

❖ マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？

- ・同意する
- ・同意しない

❖ 現在、治療中の病気はありますか？

- ・ない・ある → 内容 ( )

