



てはらハートクリニック（小児科）問診票



記入年月日

年

月

日

※マイナンバー保険証による診療情報の取得に同意しましたか？ はい ・ いいえ ・ 持っていない

フリガナ	生年月日
氏名	平成・令和・西暦
男 女	年 月 日 (歳 ヶ月)
住所 〒 (マンション名、〇〇号室までお書きください)	
電話番号	身長 cm
携帯番号	体重 kg

1、本日はどのような症状(理由)で来院されましたか。

- ☐熱 °C ☐鼻水 ☐咳 ☐のどの痛み ☐ゼイゼイする ☐耳の痛み ☐目やに
☐吐き気・嘔吐 ☐便秘 ☐腹痛 ☐下痢 ☐発疹 ☐かゆみ・湿疹
☐その他()

2、これまでにかかった病気はありますか。かかった病気に印を入れてして下さい。

- ☐なし ☐不明 ☐突発性発疹 ☐熱性けいれん ☐水ぼうそう ☐麻疹
☐おたふくかぜ ☐風疹 ☐喘息 ☐アトピー性皮膚炎 ☐その他()

3、現在、飲んでいるお薬はありますか はい ・ いいえ

お薬手帳または、お薬の情報用紙をお持ちですか？ はい ・ いいえ

薬の内容： (お薬手帳をご提示いただく場合は不要です)

4、どんな種類のお薬が飲めますか？

- ☐シロップ ☐粉薬 ☐錠剤・カプセル

5、食べ物やお薬、注射などでじんましんなどのアレルギーが出たことはありますか？

- ☐なし ☐食べ物 ☐薬()

6、今まで受けた予防接種を選んでください

- ☐ヒブ ☐小児肺炎球菌 ☐B型肝炎 ☐ロタ ☐5種混合 ☐4種混合 ☐BCG
☐MR(麻疹・風疹) ☐水痘 ☐おたふくかぜ ☐日本脳炎 ☐インフルエンザ ☐コロナウィルス
☐その他()

7、出生時様子を選んで下さい。

- 出生時体重()g ☐正常分娩 ☐異常分娩 ☐帝王切開

8、ご希望される項目があれば選択してください

- ☐お薬の相談 ☐検査 ☐登園依頼書 ☐健康相談 ☐その他()

☆当クリニックを、何でお知りになりましたか。さしつかえなければ教えて下さい。

医療機関からの紹介 家族や知人からの紹介 インターネット 通りがかり 看板
新聞 広報 その他()