

## 小児科問診票

名前 \_\_\_\_\_ ( 歳 カ月)

体重 \_\_\_\_\_ kg

薬のアレルギー  ある  ない

( \_\_\_\_\_ )

いつから ( \_\_\_\_\_ )

・熱 \_\_\_\_\_ 度

・咳  ある  ない  痰がらみ  ゼーゼー

・鼻水  ある  ない  鼻詰まり

・のどの痛み  ある  ない

・腹痛  ある  ない 下痢 \_\_\_\_\_ 回

・頭痛  ある  ない

・吐き気  ある  ない 嘔吐 \_\_\_\_\_ 回

・食事  少し  食べれる  食べれない

・水分  飲める  飲めない

\*マイナンバー保険証での場合

診療情報取得に同意しますか?  する  しない

・当院は、診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。

・正確な情報と取得・活用するため、マイナンバー保険証の利用にご協力をお願い致します。