

# 小児科 問診票

フリガナ： \_\_\_\_\_

来院時体温 \_\_\_\_\_ °C

お名前： \_\_\_\_\_

性別： 男・女 \_\_\_\_\_

生年月日：西暦・平・令 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日（ \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ ヶ月）

（〒 \_\_\_\_\_ ）

住所： \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

マイナ保険証による診療情報の取得・活用に同意しますか。 同意する 同意しない  
他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？ はい いいえ

今日は どうされましたか	症状	咳・痰・のどの痛み・鼻水・鼻づまり・発熱（最高 _____ °C） 嘔吐・腹痛・下痢・便秘・頭痛
	その他（具体的に記入してください）	

いつからですか 今日 \_\_\_\_\_ （ \_\_\_\_\_ ）日前から

家庭や学校などで感染症の流行が、 ない・ある  
（ 新型コロナ・胃腸炎・溶連菌・インフルエンザ・RSウイルス・手足口病 ・その他： \_\_\_\_\_ ）

出生時の状況 在胎（ \_\_\_\_\_ ）週、出生体重（ \_\_\_\_\_ ）g

分娩時や新生児期に 異常がありましたか	ない	
	ある	帝王切開 ・ 新生児仮死 ・ 黄疸 ・ その他（ _____ ）

病気や入院をされたことは、ありますか  
肺炎、気管支炎、ぜんそく、熱性けいれん、突発性発疹症、水ぼうそう、おたふくかぜ  
溶連菌感染症、その他（病名 \_\_\_\_\_ ）  
手術（病名 \_\_\_\_\_ ） 入院（病名 \_\_\_\_\_ ）（年齢 \_\_\_\_\_ ）

現在、他の医療機関に 通院していますか	ない	
	ある	病名（ _____ ） 病院名（ _____ ）

現在、飲んでいる薬は ありますか	ない	
	ある	薬品名（ _____ ） ※診察室でお薬手帳提示でも可

薬や食べ物のアレルギー はありますか	ない	
	ある	薬品名 ・ 食品名（ _____ ）

現在の体重（ \_\_\_\_\_ kg）  
お薬の処方が必要な場合、希望する剤形に○。（ 粉薬 ・ シロップ ・ 錠剤 ）  
※お薬は **院外処方** となりますので、薬局をお調べいただくようお願いいたします。

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療提供に努めています。  
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。  
◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算 加算1：6点（マイナ保険証を利用しない場合）初診  
加算2：2点（マイナ保険証を利用した場合）初診  
加算3：2点（マイナ保険証を利用しない場合）再診