

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。 他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 同意しない
---	-----------------------------	---	--------------------------------

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1：4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