

# 小児科 問診票

フリガナ： \_\_\_\_\_

来院時体温 \_\_\_\_\_ °C

お名前： \_\_\_\_\_

性別： 男・女 \_\_\_\_\_

体重： \_\_\_\_\_ kg

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

発熱	24時間以内の発熱	★ あり ・ なし	
	★ありの方	最高体温（ _____ ）°C	いつから（ _____ 月 _____ 日 _____ 時頃から）
発熱以外の症状	症状	咳 ・ 痰 ・ のどの痛み ・ 鼻水 ・ 鼻づまり 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	今日から ・ （ _____ ）日前から	
	症状の経過	_____	

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： \_\_\_\_\_ ）

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 _____ ） 早産（在胎 _____ 週）、低出生体重児（ _____ g） 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（ _____ ）
-------------------	-----------------------------------

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 ・ 坐薬 ）  
 ※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。

◆医療情報取得加算◆

- ・初診時 加算 1：3点（マイナ保険証を利用しない場合） 加算 2：1点（マイナ保険証を利用した場合）
- ・再診時 加算 3：2点（マイナ保険証を利用しない場合） 加算 4：1点（マイナ保険証を利用した場合）