

# 小児科 問診票

フリガナ： \_\_\_\_\_

来院時体温： \_\_\_\_\_ ℃

お名前： \_\_\_\_\_ (男・女)

体重： \_\_\_\_\_ kg

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

(〒 \_\_\_\_\_ )

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

発熱	24時間以内の発熱	★あり ・ なし
	★ありの方	最高体温 ( _____ ) ℃ 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。

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

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 1：1点 再診時 加算 2：1点