

小児科問診票

◆現在の体温	°C	◆現在の体重	Kg	記入日：令和 年 月 日
フリガナ		男 ・ 女		生年月日
患者氏名				平・令年月日 (歳ヶ月)

【該当項目の□にチェックを入れてください】

■(マイナ受付の方のみ)マイナ保険証による情報取得に同意しましたか？ はい いいえ

♪本日、紹介状や診断書などの書類はお持ちですか？ はい いいえ

♪本日はどうされましたか？

- 発熱(最高体温 °C) 鼻水 咳 のどの痛み ゼイゼイする
 耳の痛み 目やに 頭痛 腹痛 吐き気・下痢 便秘 発疹
 その他の症状 ()

※上記の症状はいつ頃からですか？ _____ 頃から

- 検査希望 *アレルギー検査等記入 → ()
 健診結果の相談 各種書類の記入・作成

♪現在周りで流行している病気はありますか？

- いいえ はい → ()

※マイナ保険証で情報取得に同意された方は、直近1ヶ月以内のお薬のみ記入してください

♪現在飲んでいるお薬はありますか？

- はい → [*薬剤名等記入
 いいえ]
 お薬手帳を提出します

♪飲み薬はどちらがよいですか？

- シロップ 散剤 錠剤 ※1日2回での処方希望 ⇒ あり

♪解熱剤はどちらがよいですか？

- 坐薬 ・ 飲み薬 (シロップ 散剤 錠剤) 裏面へつづく →

♪現在、他の医療機関に通院していますか？

いいえ はい → * 医療機関名、受診日、治療内容等記入

♪これまでに大きな病気につかかったことはありますか？（入院や手術を要する病気等）

いいえ はい → * 病名、時期、医療機関名、治療内容等記入

♪これまでに薬や食品などでアレルギーを起こしたことがありますか？

いいえ はい → * 原因となったもの、症状等記入

♪女性の方のみ

妊娠中ですか？ いいえ はい（ ）週目 可能性あり

授乳中ですか？ いいえ はい

◆医師に伝えておきたい事がございましたら、ご記入ください。

[]

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。
正確な情報を取得するため、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(月1回)

【初診時】 加算1 6点(マイナ保険証を利用しなかった場合)

 加算2 2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かった場合)