小児科問診票

◆現在の体温　　℃	◆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　　日生 （　　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　　℃）　□ 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

【初診時】 加算　1点

【再診時】 加算　1点（三か月に一度）