

小児科問診票				体温	度	体重:	Kg
フリガナ 名前	薬の副作用	無	有( )				
	アレルギー	無	有( )				
生年月日	年	月	日	付添い者氏名:		続柄( )	
年齢	歳	男	女	付添い者電話番号:			
1 今日はどうされましたか? <input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 定期通院【薬・検査・その他】 <input type="checkbox"/> 検査結果説明【アレルギー・脳波・MRI・その他】							
2 診察の方はいつからどういう症状がありますか? <input type="checkbox"/> 発熱 日から <input type="checkbox"/> 咳 日から <input type="checkbox"/> 鼻水 日から <input type="checkbox"/> ゼーゼー 日から <input type="checkbox"/> 耳の下のはれ 日から <input type="checkbox"/> 嘔吐 日から 回/日 <input type="checkbox"/> 下痢 日から 回/日 <input type="checkbox"/> 腹痛 日から <input type="checkbox"/> 発疹(ぶつぶつ)(部位 ) 日から <input type="checkbox"/> 頭痛 日から <input type="checkbox"/> 咽頭痛 日から <input type="checkbox"/> その他( )							
3 保育園や学校で何か流行っている病気はありますか? ( )							
4 周囲または家族内で1週間以内に新型コロナウイルス陽性と診断された方はいますか?( はい・いいえ ) はいの方 → どなたが陽性とされましたか?( ) いつ言われましたか?( )							
5 コロナにかかったことがありますか? はい・いいえ ( 年 月 日 )							
6 本日の受診までにどこかを受診されていますか?(はい・いいえ) *はいの方→紹介状(あり・なし) 何と診断されましたか?( ) 現在服用中の薬はありますか?( )							
7 予防接種済みのものに <input type="checkbox"/> にチェックを罹ったものは○で囲んで下さい <input type="checkbox"/> ヒブ <input type="checkbox"/> 肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 四種混合 <input type="checkbox"/> 三種混合 <input type="checkbox"/> ポリオ <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 麻疹風疹(MR) <input type="checkbox"/> 日本脳炎 <input type="checkbox"/> ロタ <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> おたふく <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> コロナ <input type="checkbox"/> 子宮頸癌ワクチン <input type="checkbox"/> 5種混合							
8 今まで大きな病気にかかったことがありますか?(入院や手術を要する)(はい・いいえ) *はいの方→病名、時期、病院名、治療内容等 ( )							
9 現在、他の医療機関に通院されていますか <input type="checkbox"/> 通院なし <input type="checkbox"/> 通院中(医療機関 受診日 治療内容 )							
10 定期的に内服されているお薬はありますか? いいえ はい(薬剤名、投薬期間等 )							
11 同居家族の発熱・風邪症状による受診はありますか? なし・あり (父・母) 名前( )							
12 渡航歴はありますか?(はい・いいえ)				医療者サイン:			
本日マイナ保険証を利用されましたか はい・いいえ はいの方 → 「診療情報取得」に同意されましたか はい・いいえ							

2024.12

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・活用することで、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。  
初診時には診療情報取得加算(1点)がかかります。(1点=10円)