

小児問診票

年 月 日

お名前

(男・女)

年齢

歳

ヵ月

体温

℃

体重

kg

1. いつからどのような症状ですか?具体的にご記入下さい

2. アレルギーはありますか?

(薬・注射・食べ物(果物含む)・ゴム製品などで蕁麻疹やショックなど)

☐ない ☐ある

3. 現在治療中の病気・服薬中のお薬はありますか?

☐ない ☐ある

※お薬手帳・処方を受けた時の説明書などをご持参でしたら診察時に提示してください

4. 大きな病気(手術や入院)をしたことがありますか?

☐ない ☐ある

具体的にご記入下さい

5. 受診前の最後のお食事は何を、水分はどれくらい摂られましたか?

6. お薬の形状の希望について ☒Vをつけてください

☐シロップ

☐散剤(粉薬)

☐錠剤

☐坐薬

☐どれでもよい

7. 今までに受けた予防接種に ☒Vをつけてください

☐ヒブ(1・2・3・追加)

☐肺炎球菌(1・2・3・追加)

☐B型肝炎(1・2・3)

☐四種混合(1・2・3・追加)

☐BCG

☐ロタウイルス(1・2)

☐MR(麻しん・風しん)

☐水ぼうそう(1・2)

☐おたふくかぜ(1・2)

☐三種混合(1・2・3・追加)

☐経口生ポリオ(1・2)

☐不活化ポリオ(1・2・3・追加)

☐日本脳炎(1・2・3)

☐二種混合(1・2)

☐A型肝炎

☐ヒトパピローマウイルス(1・2・3)

8. 集団生活の経験はありますか?

☐ない

(ある:

☐保育園

☐幼稚園

☐小学校

☐中学校

● マイナ保険証による診療情報取得に同意されますか

☐はい ☐いいえ

● 他の医療機関からの紹介状はありますか

☐はい ☐いいえ

● 1年間で健診(特定健診及び高齢者健診に限る)を受診しましたか

※1にて診療情報取得に同意された方は記載不要です

☐はい(受診時期: 年 月 指摘事項:

☐いいえ

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の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致します。

◆医療情報取得加算(初診時) 1点

(再診時) 1点(3月に1回に限り算定)