

# 小児科初診問診票（中学生まで）

ふりがな お名前 様	男女	生年月日	平成 令和	年	月	日生
			(年齢)	歳	ヶ月)	
ご住所 〒						
電話番号（必要時連絡して良い番号をご記入ください）：						
生活の場： 自宅 ・ 幼稚園 ・ 保育園 ・ 小学校 ・ 中学校 ・ その他（ ）						

1) 今日はどのような症状ですか（複数回答可）

発熱 咳 鼻水 鼻づまり 頭痛 のどの痛み 腹痛 嘔吐  
 下痢 便秘 発疹 肌荒れ・肌の乾燥 アレルギー症状  
 その他（ ）

体重	_____ Kg
熱	_____ °C

いつからですか ⇒

2) 現在服用されている薬はありますか  なし  あり（処方薬 ・ 市販薬）

ありの方は 下に記入 またはお薬手帳を提出してください

薬名：

3) かかったことがある病気をチェックしてください

- なし
- 麻疹（はしか）  風疹  水ぼうそう  おたふくかぜ  百日咳
- 溶連菌感染症  川崎病  喘息  アレルギー性鼻炎  アトピー性皮膚炎
- じんましん  けいれん（熱あり）  けいれん（熱なし）  てんかん  中耳炎
- 心臓病  肝炎  腎炎  尿路感染症  その他（ ）

4) これまでに大きな病気にかかったことはありますか（入院や手術を必要とする病気など）

- なし  あり（病名： \_\_\_\_\_ いつ頃： \_\_\_\_\_）

5) 受けたことがあるワクチンをチェックしてください。

- ヒブワクチン  肺炎球菌ワクチン  ロタウイルス  B型肝炎  四種混合
- BCG  MR（麻疹・風疹混合）  水ぼうそう  おたふくかぜ  日本脳炎
- ポリオ  三種混合（DPT）  二種混合（DT）

6) これまでに食品や薬剤でアレルギーをおこした事がありますか

- なし  あり（食品名、薬剤名 \_\_\_\_\_）  不明

7) 直近1ヶ月での海外の渡航歴  なし  あり（場所： \_\_\_\_\_）

8) 処方薬の形状の希望  粉薬  シロップ  錠剤  特に希望なし

9) 医療費明細書が不要の方はチェックしてください ⇒  明細書を希望しない

10) マイナ保険証による診療情報取得について  同意する

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いたします。

◆医療情報・システム基盤整備体制加算(初診時)・加算1→4点・加算2→2点(マイナ保険証利用時)