

|   |   |       |      |            |        |                                    |
|---|---|-------|------|------------|--------|------------------------------------|
| 小児発熱問診票   |   |       |      |            | 体重:    | Kg                                 |
| フリガナ<br>名前  |   | 薬の副作用 | 無    | 有( )       |        |                                    |
|   |   | アレルギー | 無    | 有( )       |        |                                    |
| 生年月日  | 年 | 月     | 日    | 保護者:氏名(続柄) | 携帯番号   | 楽天モバイルですか?(はい・いいえ)                 |
| 年齢  | 歳 | 男     | 女    | ( )        |        |                                    |
| 濃厚接触者   |   |       | はい   | いいえ        | 住所     |                                    |
| 1 いつからの熱ですか?  |   |       | 月    | 日から        | 最高( )度 | 2か月以内にコロナになりましたか? (はい(発症日 / )・いいえ) |
| 2 以下の症状はありますか?  |   |       | 特になし |            |        |                                    |
| 咳   |   |       | 鼻水   | 呼吸苦        | のどの痛み  | だるさ                                |
|   |   |       | 頭痛   | 嘔吐         | 下痢     | 嗅覚障害                               |
|   |   |       | 味覚障害 | その他( )     |        |                                    |
| 3 ご自身のまわりで、発熱している方はいますか?                                |   |       |      |            |        |                                    |
| なし  |   |       |      |            |        |                                    |
| あり( 家族: 父 母 きょうだい ) 学校( ) 保育園・幼稚園( )                    |   |       |      |            |        |                                    |
| 4 ご自身のまわりで、コロナの検査をした方はいますか?                             |   |       |      |            |        |                                    |
| なし  |   |       |      |            |        |                                    |
| あり( 家族: 父 母 きょうだい → 結果: 陽性・陰性 ) 学校・保育園・幼稚園( 結果: 陽性・陰性 ) |   |       |      |            |        |                                    |
| 5 コロナワクチンは接種されましたか? いいえ はい                              |   |       |      |            |        |                                    |
| 1回目接種( ) 2回目接種( ) 3回目接種( )                              |   |       |      |            |        |                                    |
| 6 今まで大きな病気をされたことはありますか? いいえ はい( )                       |   |       |      |            |        |                                    |
| 7 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 )            |   |       |      |            |        |                                    |
| 8 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 )               |   |       |      |            |        |                                    |
| 9 同居家族の発熱外来受診はありますか? あり ( 父・母・祖父母 ) 名前( )               |   |       |      |            |        |                                    |
| 体温  | 度 | 脈拍    | 回/分  | Spo2       | %      | 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) |

2023.4

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。  
 初診時には医療情報・システム基盤整備体制充実加算がかかります。 加算1:6点 加算2:2点  
 (加算2はマイナ保険証による診療情報取得に同意された場合 又は 他院からの紹介状を持参された場合)