

小児外来問診票

お名前 _____ 年齢 歳 月
 体温 . °C 体重 () Kg

今日はどうされましたか？

- 診察 定期通院【薬・検査・その他】
 検査結果説明【アレルギー・脳波・MRI・その他 ()】

診察の方は、いつからどういう症状がありますか？

- 発熱 日から 嘔吐 日から 回/日
 咳 日から 下痢 日から 回/日
 鼻水 日から 腹痛 日から

- ぜーぜー 日から 発疹 (部位) 日から
 耳の下のはれ 日から その他 ()

●同居家族の方も本日受診されていますか？ (はい・いいえ)

*はいの方→どなたが受診されていますか？ ()

●周囲または家族内で2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→どなたが陽性と言われましたか？ ()

いつ言われましたか？ ()

濃厚接触者と言われているですか？ (はい・いいえ)

●2週間以内に以下の場所にいましたか？

市内 旅行 映画館 イベント スポーツ観戦 カラオケ BBQ 食事会
 テーマパーク クラブ活動 合宿・遠征・大会参加 プール・海・川
 スーパー銭湯 その他人が集まる場所 ()

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)

なんと診断されましたか？ ()

現在服用中の薬はありますか？ ()

家族や園・学校で流行している病気はありますか？ ()

薬や食べ物でアレルギーはありますか？ ()

予防接種済のものに☑を、かかったものは○で囲んでください

- ヒブ 肺炎球菌 四種混合 三種混合 ポリオ BCG
 麻疹風疹 (MR) 日本脳炎 ロタ 水痘 おたふく B型肝炎

これまでに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
 ()

その他、何か伝えておきたいことがあれば、記入してください。

本日マイナ保険証を使用されましたか (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)

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)