

小児発熱問診票				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				
年齢	歳	男	女				
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のような症状がありますか？							
<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□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							
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・風邪症状はありますか？ なし・あり (父・母・祖父母) 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							

2024.4

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、マイナンバー保険証の利用にご協力をお願いします。初診時は医療情報・システム基盤整備体制充実加算がかかります。

マイナンバー保険証を使用されない場合	加算 1 : 6 点	
マイナンバー保険証を使用し、診療情報取得に同意された場合	加算 2 : 2 点	
他院からの紹介状を持参された場合	加算 3 : 2 点	(1 点=10 円)