小児科問診票	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	付添い者氏名:	続柄(　　)
年齢　　歳　　男　女	付添い者電話番号:	

1 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】

2 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　□咳　日から　□鼻水　日から　□ゼーゼー　日から　□耳の下のはれ　日から

□嘔吐　日から　回／日　□下痢　日から　回／日　□腹痛　日から　□発疹(ぶつぶつ)(部位　)　日から

□頭痛　日から　□咽頭痛　日から　□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 → どなたが陽性と言われましたか？(　　) 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

□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 □コロナ □子宮頸癌ワクチン □5種混合

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　□通院なし

□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・風邪症状による受診はありますか？ なし・ あり (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

2024.6

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取得加算がかかります。

マイナンバー保険証を使用されない場合	加算1：3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2：1点
他院からの紹介状を持参された場合	加算2：1点　(1点＝10円)