

## 問診票 (小児科)

記入日 R 年 月 日

氏名：	年齢： 才 ヶ月	性別：男 女
連絡のつく電話番号：		

連れてこられた方 (本人との御関係 父 母 祖父母 兄弟 その他)

本日は、右記のいずれをご利用されましたか？  健康保険証  マイナンバーカードの保険証\*マイナ保険証での受診の方にお尋ねします。あなたの診療情報(服薬歴、健診歴など)を当院が取得することに同意されましたか？  同意していない  同意した

※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。

医療情報取得加算 (初診時)

加算1：3点、加算2：1点 (マイナ保険証を利用した時)

 紹介状があります

体温：( ) °C 体重：( ) Kg 身長 ( ) cm

① 本日はどのような症状で受診されましたか？ いつから ( )

発熱・せき (乾いたせき、たん絡みのせき)・鼻水・ゼーゼーして、呼吸が苦しそう・

嘔吐 下痢 腹痛 発疹 けいれん 便秘 その他 ( )

② ご本人の様子を教えてください

水分摂取 :  いつも通り  やや悪い  取れない食事摂取 :  いつも通り  やや悪い  取れない機嫌 :  いつも通り  やや悪い  悪い

③ これまで大きな病気をしたことがありますか

あり ( ) なし

④ 現在、治療中の疾患はありますか

あり (病名 )

⑤ 内服薬\*お薬手帳をお持ちの方はお出し下さい

あり ( ) なし

⑥ アレルギーの既往

あり ( 食物 薬剤 その他 ( ) ) なし

⑦ お薬の希望について教えてください

 粉の薬  シロップの薬  錠剤 解熱剤 :  座薬  粉の薬