

小児科問診表

ID: _____

受診日 令和 年 月 日

受診される方は、下記の質問にお答え下さい。（記入された方は受付にお渡し下さい）

ふりがな

氏名 _____ 性別 (男 女) 体温 _____ °C

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 年齢 _____ 才 _____ ヶ月 保 幼 小 _____ 年 身長 _____ cm 体重 _____ kg

住所 (-) _____ 電話 _____

●マイナ保険証による診療情報に同意されましたか？ いいえ はい

●他の医療機関からの紹介状をもっていますか？ いいえ はい

●今日はお子様どのような症状・心配事があり来院されましたか（複数回答可）？ 症状いつ頃からですか？

症状 (_____) いつ頃から (_____)

●お子様の今日の状態について

食欲 (良 普通 不良) 睡眠 (良 普通 不良)

機嫌 (良 普通 不良) 便 1日 (_____) 回位 尿 1日 (_____) 回位

●今までにかかった病気はありますか？

はしか 風疹 突発性発疹 水ぼうそう おたふくかぜ 百日咳 喘息

ひきつけ (無熱時 有熱時) その他 (_____)

●今までに薬や食べ物、花粉、ハウスダスト等でアレルギーや副作用等を起こしたことがありますか？ わかれば薬、食べ物などの名前をお書き下さい。

いいえ はい (_____ 不明)

● 今までに特別な病気で、医師に診察をうけていますか？ 入院されたことはありますか？

風邪以外の病気にかかったことはありますか？ 出生時の異常はありますか？ 病名、年齢をお書き下さい。

いいえ はい (病名・年齢 _____)

●予防接種を済ませたものに○をつけて下さい。

四種混合(百日咳、ジフテリア、破傷風、ポリオ) 日本脳炎 MR(麻疹、風疹) ヒブ ロタ

B型肝炎 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) 水痘(みずぼうそう) BCG 小児肺炎球菌

その他 (_____)

●お薬はどの剤型がいいですか？

粉 シロップ 錠剤 座剤 その他 (_____)

麻疹・風疹・おたふくかぜ・みずぼうそうなどの疑いのある方は、受付、看護師にお声をかけて下さい。

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・システム基盤設備体制充実加算(初診時)

加算1 4点 加算2 2点(マイナ保険証を利用した場合)

当院に来られたきっかけを、よければ聞かせて下さい。

家から近い 交通の便が良い 看板・広告を見た 紹介された(紹介者 _____)
その他 (_____)

ありがとうございました。今しばらくお待ちください。のちほど診察の際には医師に詳しくお話をください。

*ご記入いただいた内容は秘密を厳守します。

森医院 森 啓 0744-28-8800